



Educația XX

Cristian B. Bui

Bazele defectologiei

III 279.650



BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU” IAȘI

III 279.650

378385

CIPRINS

LIBRARY

Educația XX

Cristian B. Buică

Bazele defectologiei



374116

B.C.U. IASI



Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Buică B., Cristian

Bazele defectologiei/Cristian B.Buică. -București :

Aramis Print, 2004

ISBN 973-679-161-0

376

37.015.3

159.922.7

Colecția Educația XXI este coordonată științific de prof. univ. dr. Ioan Cerghit

Ilustrația copertei reproduce: *Metamorfoza lui Narcis, de Salvador Dali*

Redactor: Nicol Pop

DTP: Carmen Diana Mateescu

ISBN 973-679-161-0

Copyright © 2004 Aramis Print s.r.l. toate drepturile rezervate

Aramis Print s.r.l. • Redacția și sediul social:

B-dul Metalurgiei nr. 46-56, cod 041833, sector 4,

București, O.P. 82 – C.P. 38

tel: (021) 461.08.10/14/15; fax: (021) 461.08.09/19.

E-mail: office@edituraaramis.ro; office@megapress.ro

Departamentul desfacere: tel: (021) 461.08.08/12/13/16;

fax: (021) 461.08.09/19; E-mail: desfacere@edituraaramis.ro

Tipărit la MEGApress holdings s.a.



CUPRINS

Pro domo	7
----------------	---

Capitolul I – Obiectul și problematica defectologiei

1.1. Locul și rolul defectologiei în ansamblul științelor psihopedagogice; relațiile sale interdisciplinare	13
1.2. Precizie și perimare conceptuală în defectologie (cauze, exemple, soluții)	15
1.3. Delimitări conceptuale în defectologie. Analiză comparativă critică.....	18
1.4. Clasificarea stărilor de handicap	24
1.5. Metodele defectologiei	27
1.6. Idiografic versus nomotetic în defectologie	30
1.7. Finalități teoretice și practice ale defectologiei.....	32
1.8. Cerințe deontologice minimale în practica defectologică	33

Capitolul II – Diagnoză și prognoză în defectologie

2.1. Specificul diagnozei psihice în defectologie	37
2.2. Problematika depistării precoce și a diagnosticului diferențial.....	41
2.3. Predictibil și impredictibil în evaluarea defectologică	47
2.4. Necesitatea psihodiagnozei formative în defectologie	49
2.5. Activitatea de expertiză, triere și orientare școlară și profesională	51
2.6. Prevenția stărilor de handicap	60

Capitolul III – Dezvoltare, compensare, recuperare

3.1. Conceptul de dezvoltare psihică	62
3.2. Evaluarea nivelului dezvoltării psihice; criterii psihogenetice și psihodinamice	63
3.3. General și specific în dezvoltarea persoanelor cu dizabilități	66
3.4. Relația dintre dezvoltarea psihică și învățare	68
3.5. Principiul compensării și importanța sa în defectologie	72
3.6. Tipuri și forme ale recuperării în defectologie	76

Capitolul IV – Tulburări de dezvoltare – tulburări de învățare

4.1. Tulburările de dezvoltare: definiție, etiologie, simptomatologie	83
4.2. Specificul psihodiagnozei în tulburările de dezvoltare	86
4.3. Cerințe ale demersului corectiv-recuperator în tulburările de dezvoltare	88
4.4. Tulburările de învățare: definiție, diagnoză, simptomatologie	90

4.5. Diagnostic diferențial în tulburările de învățare	99
4.6. Clasificarea tulburărilor de învățare	101
4.7. Impactul tulburărilor de învățare asupra desfășurării procesului de învățământ	102
4.8. Corectare și recuperare în cazul tulburărilor de învățare	103

Capitolul V – Deficiențele fizice și neuromotorii

5.1. Deficiențele fizice: definire, etiologie, clasificare	107
5.2. Mersul și prehensiunea: forme complexe de psihomotricitate ..	113
5.3. Repere în dezvoltarea motorie și psihomotorie a copilului.....	115
5.4. Evaluarea deficitului neuromotor	120
5.5. Specificul imaginii de sine și al personalității în contextul handicapului fizic și neuromotor	122
5.6. Modalități de educare și recuperare a persoanelor cu deficiențe fizice și neuromotorii	127

Capitolul VI – Deficiențele mintale

6.1. Deficiențele mintale: clarificări conceptuale	133
6.2. Definirea deficienței mintale	138
6.3. Criterii de clasificare. Valoarea criteriului psihometric	140
6.4. Psihodiagnoza deficienței mintale. Forme și grade	144
6.5. Etiologia deficiențelor mintale.....	150
6.6. Intelect liminar și pseudodebilitate mentală.....	154
6.7. Principalele trăsături de specificitate	158
6.8. Tabloul simptomatologic complex al stărilor de deficiență mentală ..	162
6.9. Imagine de sine și comportament la persoanele cu deficiență mentală.....	183
6.10. Obiective ale recuperării persoanelor cu deficiență mentală ..	187

Capitolul VII – Deficiențele auditive

7.1. Deficiențele auditive: diagnoză și clasificare	192
7.2. Etiologia deficiențelor auditive	197
7.3. Specificul vieții psihice la persoanele cu deficiență de auz	200
7.4. Structura limbajului mimico-gestual	210
7.5. Forme ale intervenției compensator-recuperatorii în deficiențele auditive	212

Capitolul VIII – Deficiențele vizuale

8.1. Deficiențele vizuale: diagnoză și clasificare	219
8.2. Etiologia deficiențelor vizuale	223
8.3. Specificul vieții psihice la persoanele cu deficiență de vedere ..	228
8.4. Structura sistemului Braille.....	231
8.5. Forme ale intervenției compensator-recuperatorii în deficiențele vizuale	234

Capitolul IX – Polihandicapul: autismul și surdocecitatea

9.1. Autismul infantil: dificultăți conceptuale și taxonomice	239
9.2. Aspecte controversate privind etiologia autismului infantil.....	242
9.3. Ipoteze privind activitatea psihică la copiii cu autism. Elemente esențiale ale tabloului simptomatologic	246
9.4. Specificul psihodiagnozei în autism	250
9.5. Intervenții psihopedagogice în autismul infantil	254
9.6. Surdocecitatea: definiție, etiologie, clasificare	256
9.7. Tabloul simptomatologic complex al surdocecității. Trăsături specifice ale activității psihice	258
9.8. Limbaj și comunicare în surdocecitate	261
9.9. Principii și strategii de educare și recuperare în surdocecitate	263

Capitolul X – Tulburări de limbaj (I)

10.1. Obiectul și problematica logopediei; relațiile sale interdisciplinare..	268
10.2. Limbaj și dezvoltare intelectuală	271
10.3. Etapele dezvoltării limbajului la copilul normal.....	272
10.4. Clasificarea tulburărilor de limbaj.....	275
10.5. Cauzele generale ale tulburărilor de limbaj	277
10.6. Depistare, examinare și diagnoză în tulburările de limbaj	278
10.7. Principiile activității logopedice.....	281
10.8. Etapele programului specific de terapie logopedică	282

Capitolul XI – Tulburări de limbaj (II)

11.1. Dislalia: definiție, etiologie, clasificare	286
11.2. Schema-cadru de corectare a dislaliei periferice simple (cu exemplificare în cazul rotacismului)	289
11.3. Rinolalia: definiție, etiologie, clasificare	291
11.4. Etapele activității de corectare a rinolaliei	293
11.5. Specificul tulburărilor de pronunție la copiii cu deficiențe	294
11.6. Balbismul: definiție, clasificare, etiologie	297
11.7. Relația dintre balbism și logonevroză	299
11.8. Intervenție și prognostic în terapia balbismului și logonevrozei	299
11.9. Tulburările de voce: definiție, diagnostic, etiologie, clasificare	301
11.10. Intervenții terapeutice în tulburările de voce.....	303
11.11. Dislexo-disgrafia: definiție, simptomatologie, clasificare.....	304
11.12. Forme specifice ale dislexo-disgrafiei la elevii cu deficiențe	309
11.13. Etapele demersului corectiv-recuperator în dislexo-disgrafie	311

Capitolul XII – Tulburări de limbaj (III)

12.1. Retardul de limbaj: simptomatologie, etiologie, clasificare, terapie	315
12.2. Mutismul electiv: etiologie, simptomatologie, terapie	317
12.3. Diagnostic diferențial între mutismul electiv, retardul de limbaj, deficiențele de auz și autismul infantil	320

12.4. Alalia: definiție, simptomatologie, clasificare	321
12.5. Intervenții terapeutice în alalie	323
12.6. Afazia: definiție, simptomatologie, clasificare	325
12.7. Intervenții terapeutice în afazie	328
12.8. Diagnostic diferențial în alalie și afazie	330

Capitolul XIII – Societate și handicap

13.1. Atitudini tipice față de persoanele cu handicap	332
13.2. „Egalitate a șanselor” și „calitate a vieții”: concepte-cheie ale ameliorării stărilor de handicap. Principii și obiective ale bunelor practici	335
13.3. Premise ale dezinstituționalizării în cazul persoanelor cu handicap ..	345
13.4. Analiza conceptului de „integrare” și a aplicabilității sale în educație	347
13.5. „Educație integrată” sau „educație incluzivă”?	362
13.6. Planificarea programului de integrare socială	369
13.7. Principiul normalizării	376
13.8. Igiena mintală a persoanelor cu handicap	378
13.9. Managementul expresiei și conduitei în stările de handicap. Prolegomene la o nouă disciplină psihopedagogică	380

Glosar de termeni de specialitate	385
--	-----

Referințe bibliografice	393
--------------------------------------	-----

PRO DOMO

Numit director al Institutului pentru surdomuși din Paris la numai douăzeci și cinci de ani, J. Itard¹ a fost însărcinat foarte curând, prin ordin al ministrului de interne, cu îngrijirea unui copil „sălbatic”, capturat de niște vânători într-o pădure din Aveyron (ținut din sudul Franței), și care, la vârsta prezumată de doisprezece ani, se manifesta aidoma unui animal. Pentru faptul că nu vorbea și nu comunica în nici un fel, se hrănea și dormea asemeni unei sălbăticiuni și reacționa incoerent și dramatic din punct de vedere afectiv, acesta a fost catalogat de o autoritate în materie² drept idiot „congenital”, fiind, prin urmare, declarat needucabil. J. Itard, apreciind că era vorba de o privare educativă extremă și nu de un defect constituțional, s-a dedicat mai mulți ani recuperării acestui copil (pe care l-a numit Victor), sistematizându-și însemnările în două rapoarte adresate respectivului ministru de interne³.

Principiile urmate de J. Itard, inspirate de doctrina lui E.B. Condillac⁴, postulau în esență că: în absența contactului cu semenii,

¹ Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), fondator al psihiatriei infantile. Membru al Academiei de medicină din Franța (începând cu anul 1832).

² Philippe Pinel (1745-1826), întemeietor al școlii psihiatrice franceze. Din 1795 a condus spitalul de la Salpêtrière. Principala sa operă este *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (prima ediție apărând în 1801, iar cea de-a doua, în 1809). Lectura atentă a scrierilor lui J. Itard (v. nota *infra*) pare, în opinia lui R. Perron (1969a, nota 1), să infirme diagnosticul lui P. Pinel.

³ J. Itard (1801): *Mémoire sur le premiers développements de Victor d'Aveyron*. Paris, și J. Itard (1807). *Raport sur les nouveaux développements de Victor d'Aveyron*. Paris. Textele au fost reeditate abia către sfârșitul secolului al XIX-lea de D. M. Bourneville (și, mai recent, de L. Manson, în 1964). *Les Enfants sauvages: mythe et réalité*. Paris: Union Générale d'Éditions, 10-18). Scenariul filmului „L'Enfant sauvage” (François Truffaut, 1970) a fost inspirat de însemnările lui Itard. Informațiile de mai sus provin din diverse surse bibliografice (R. Perron, 1969a, M. Montessori, 1975, J. C. Coleman, J. M. Butcher și R. C. Carson, 1984 ș.a.).

⁴ Étienne Bonnot de Condillac (1714-1780), preot și filozof francez. Ideile sale sunt expuse în *Traité des sensations* (1754).

copilul nu se poate dezvolta normal; instinctul imitației reprezintă modalitatea de învățare prin care simțurile noastre sunt educate; acest instinct atinge un maxim în copilăria timpurie și apoi diminuează cu vârsta; la toate ființele umane, de la cel mai izolat primitiv până la cel mai educat cetățean, există o relație constantă între nevoi și idei: cu cât sunt mai presante trebuințele, cu atât se dezvoltă mai mult capacitățile mintale necesare împlinirii lor.

Procedeele imaginate de J. Itard au fost dintre cele mai diverse, având menirea, pe de o parte, de a stimula inteligența copilului, iar, pe de altă parte, de a-l apropia de universul preocupărilor umane. Dacă la început progresele erau rapide și dătătoare de speranțe (mai ales în sfera deprinderilor indispensabile vieții cotidiene), ulterior, pe măsură ce pretențiile educatorului deveneau tot mai mari, prea puține achiziții au putut fi înregistrate. Din păcate, copilul nu a reușit să învețe să vorbească și, de asemenea, nici nu a stabilit o relație de comunicare cu cei din anturaj. Prognosticul lui P. Pinel părea să se adevărească și J. Itard, dezamăgit de ineficiența metodelor sale, a renunțat, preocupându-se cu mult mai mult succes de copiii cu deficiențe de auz. Victor, încredințat mamei sale adoptive, doamna Guérin, a trăit retras în locuința acesteia, decedând în 1828, la vârsta probabilă de patruzeci de ani. Opera pedagogică a lui J. Itard a cunoscut o notorietate deosebită în epocă, influențând concepțiile lui E.O. Séguin⁵ și Maria Montessori⁶ cu privire la educarea copiilor cu deficiență mintală. De aceea, la aproape două secole distanță, putem considera demersul lui J. Itard drept momentul depășirii simplei asistări social-religioase a persoanelor cu handicap și debutul defectologiei ca știință.

⁵ Trăgând învățămintele de rigoare din întreprinderea lui J. Itard, Édouard O. Séguin (1812-1880) a elaborat, timp de zece ani, o metodă complexă de educare a copiilor cu deficiență mintală profundă (1846. *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*. Paris), pe care o va dezvolta ulterior în Statele Unite.

⁶ Maria Montessori (1975, p. 72) îl considera pe J. Itard, nici mai mult nici mai puțin decât „întemeietorul pedagogiei științifice”, adică cel care, depășind simplul studiu somatic și psihologic al individului, adaptează metodele pedagogice la particularitățile cazului. Profund marcată de scrierile lui J. Itard, încă din 1898 M. Montessori intuia faptul că „problema deficiențelor este precumpănitor pedagogică, și nu precumpănitor medicală” (*ibid.*, p. 71); de altfel, multe din exercițiile metodei montessoriene au derivat din procedeele folosite de J. Itard.

Lectura rapoartelor lui J. Itard impresionează prin trei idei esențiale, toate trei devenite principii fundamentale ale defectologiei: nevoia de cunoaștere amănunțită a subiectului, nevoia de personalizare a procedurilor recuperatorii și nevoia de intervenție timpurie. Ideile acestea vor constitui, de altfel, un leitmotiv al întregii lucrări, fiind discutate în funcție de particularitățile fiecărui tip de deficiență.

Prin urmare, trebuie să conștientizăm faptul că, atunci când studiem problematica deficiențelor mintale, fizice, senzoriale sau de limbaj, aspectele biologice și medicale constituie abia primul palier de analiză. Pentru a depăși nivelul constatativ-descriptiv, este nevoie de o psihopedagogie, adică de o explorare și înțelegere a implicațiilor psiho-sociale ale deficienței primare urmate apoi de o elaborare de tehnici, metode și strategii corectiv-recuperatorii fără de care orice demers în acest domeniu ar rămâne la stadiul de speculație.

În sens general, psihopedagogia este acea disciplină de graniță care, bazându-se pe cunoștințe de psihologie a copilului, elaborează metode și procedee pedagogice de intervenție⁷. Psihopedagogia specială⁸, conform distribuției gaussiene a caracteristicilor indivizilor dintr-o populație obișnuită, se ocupă de cazurile „speciale”, adică de acele categorii aflate la extremele statistice ale curbei. De aceea, psihopedagogia specială are în vedere atât copiii cu deficiențe, care nu pot face față cerințelor minime ale societății, cât și copiii supradotați, care se remarcă prin disponibilități deosebite și cărora, de multe ori, societatea nu este capabilă să le răspundă în maniera cea mai adecvată. Dacă ținem cont și de preocupările tot mai frecvente privind educația, recuperarea sau integrarea socio-profesională a tinerilor și adulților, observăm cum domeniul de referință al psihopedagogiei speciale depășește cadrul copilăriei. De asemenea, se remarcă un interes tot mai mare pentru asistența psihopedagogică a persoanelor

⁷ Cf. „pedagogie bazată pe cunoștințele științifice dobândite în psihologia copilului” (*Grand Larousse en cinq volumes*. Paris: Larousse, 1994, IV, s.v.).

⁸ C. Păunescu și I. Mușu (1997) vorbesc chiar de „psihopedagogie specială integrată”, folosind acest ultim atribut în două accepții: aceea de calitate a psihopedagogiei de a integra o serie de alte discipline, respectiv de necesitate a includerii sale în sistemul unitar al educației din țara noastră (p. 9).

de vârstă a treia, dincolo de nevoile biologice, medicale și materiale ale acestora, recunoscându-se faptul că starea de handicap nu se limitează la un anumit nivel de dezvoltare ontogenetică și că situațiile de dezavantaj apar practic în orice moment al existenței. În consecință, cu toate că accentul cade în mod pregnant pe problematica vârstei tinere (copii, puberi, adolescenți), abordarea modernă a psihopedagogiei speciale tinde să cuprindă întreg spectrul vieții, deoarece deficiența nu mai rămâne o preocupare exclusivă a individului și a apropiaților acestuia, ci, prin transformarea ei în handicap, devine subiect de interes al întregii comunități. Tot despre handicap, dar de o altă natură, putem vorbi și în cazul copiilor supradotați. Dacă societatea nu devine conștientă de cerințele speciale ale acestora, mărginindu-se să aștepte totul neoferind în schimb nimic, substimularea școlară, conformismul social, rigiditatea ierarhiilor și neatractivitatea locului de muncă pot conduce în timp la demobilizarea copiilor și tinerilor supradotați și la adoptarea de către aceștia a unor atitudini defetiste, submisive. Unii dintre ei își vor irosi disponibilitățile în dispute sterile, referitoare la definirea statutului și rolului propriu în societate, tentativa lor de afirmare fiind susceptibilă a fi percepută mai degrabă ca act de rebeliune decât ca manifest pozitiv al personalității, alții vor alege calea străinătății, în căutarea unor oferte pe măsura aspirațiilor și capacităților demonstrate. În acest caz, o reformă a școlii fără o reformă a societății rămâne doar un inutil exercițiu de imagine.

Revenind la cazul persoanelor cu dizabilități, facem următoarea mențiune: folosim titulatura de defectologie într-un sens restrâns, adică de domeniu al psihopedagogiei speciale preocupat de cunoașterea și remedierea stărilor de handicap. Mai mult decât atât, intenționând ca lucrarea de față să servească medicilor și psihologilor care, dintr-un motiv sau altul, sunt preocupați de problematica persoanelor cu dizabilități, am acordat spații largi diagnozei, etiologiei, simptomatologiei și clasificării principalelor deficiențe, în detrimentul recuperării psihopedagogice. De altfel, pentru acest din urmă subiect există lucrări specializate, motiv pentru care nu am considerat necesar să le sumarizăm (multe dintre ele putând fi găsite în bibliografia generală). Totuși, având în vedere actualitatea problematicii integrării copiilor cu

handicap în școala de masă, am acordat o atenție aparte și tratării acestui subiect. Pedagogii și psihopedagogii vor găsi în paginile ultimului capitol suficient material în acest sens. O altă observație se referă la folosirea termenilor. Deși, după cum se va vedea, există niște restricții stricte în ceea ce privește utilizarea acestora, din rațiuni stilistice am căutat să ne servim de ei într-o manieră mai liberă, fără a însemna că sugerăm în vreun fel accepții eronate ori subînțeleasuri peiorative. Atunci când nuanțarea terminologică s-a dovedit necesară, am tratat conceptele folosite cu maximă scrupulozitate. Interesul nostru este acela de a găsi măsura corectă între fluiditatea necesară parcurgerii textului și precizia indispensabilă înțelegerii la nivel academic. De asemenea, am abordat diferitele categorii de handicap luând în considerare cele trei paliere de referință (organic-funcțional, psiho-individual, psiho-social), conform cerințelor didactice, chiar dacă, în realitate, astfel de delimitări sunt forțate. Acesta este și motivul pentru care, în practica defectologică, munca în echipă (implicând medicul specialist, psihodiagnosticianul, defectologul specializat și asistentul social) este vitală, iar planul de servicii personalizat solicită contribuții din partea tuturor celor nominalizați.

Obiectivele pe care ni le propunem în cadrul acestei lucrări sunt următoarele:

- precizarea cadrului conceptual-metodologic al defectologiei (obiect de studiu și relații interdisciplinare; concepte de bază; fenomenul de perimare a acestora; clasificarea deficiențelor, incapacităților și handicapurilor; finalități teoretice și practice ale defectologiei; cerințe deontologice minimale);
- identificarea specificului diagnozei și prognozei în defectologie, cu accent pe activitatea de expertiză, triere și orientare școlară și profesională;
- analizarea detaliată a relației dintre dezvoltare, compensare și recuperare;
- expunerea principalelor caracteristici ale diferitelor categorii de dizabilități (tulburări de dezvoltare, tulburări de învățare, deficiențe fizice și neuromotorii, deficiențe mintale, deficiențe auditive, deficiențe vizuale), precum și abordarea fenomenului de polihandicap (autism și surdocecitate);

- prezentarea tulburărilor de limbaj mai frecvent întâlnite (taxonomie, descriere, diagnostic diferențial, terapie);
- formarea unor reprezentări sociale corecte privind persoanele cu handicap și locul acestora în societate (stereotipuri și prejudecăți; conceptele de „integrare”, „incluziune”, „normalizare”; învățământ segregat versus învățământ incluziv; situația socio-profesională a persoanelor cu dizabilități; considerații privind managementul expresiei și conduitei în stările de handicap).

Nădăjduim ca acest vademecum în defectologie (incluzând și elemente fundamentale de logopedie) să constituie o sursă autorizată de informație în domeniu și să servească, în același timp, necesarei schimbări de mentalitate, în ideea apartenenței noastre la un spațiu cultural european comun. Sperăm ca, măcar în parte, prin studierea acestui material, actualii și viitorii profesioniști să fie printre aceia care vor reuși să depășească subiectivismul inerent imaginii și cuvântului comun și să pătrundă către esența infinit mai prețioasă a ființei omenești. Există în această încercare un punct în care ipoteza științifică se vede nevoită să lase loc reflecției filozofice, iar spiritul cartezian – metaforei fastuoase. Lăsăm plăcerea acestei descoperiri la alegerea exclusivă a cititorului.

Autorul

OBIECTUL ȘI PROBLEMATICA DEFECTOLOGIEI

1. 1. LOCUL ȘI ROLUL DEFECTOLOGIEI ÎN ANSAMBLUL ȘTIINTELOR PSIHOPEDAGOGICE; RELAȚIILE SALE INTERDISCIPLINARE

Defectologia este o disciplină a științelor psihopedagogice care studiază particularitățile psihologice, biologice și fizice ale persoanelor cu handicap (intelectual, motor, senzorial, de limbaj etc.), principiile și metodologia instruirii, educării, recuperării și formării pentru muncă și viață a acestora¹. Așadar, preocupările specialiștilor în domeniu nu sunt numai de natură pur epistemică, ci și de ordin practic-aplicativ, cunoscut fiind faptul că există o puternică presiune socială în direcția satisfacerii convenabile, dintr-o perspectivă democratică și umanistă, a dificultăților de recuperare, educare și adaptare a celor cu handicap. Deoarece sfera de cuprindere a problematicii deficiențelor ce conduc la instalarea și perpetuarea stărilor de handicap este enormă, în timp au apărut mai multe ramuri ale defectologiei, precum psihopedagogia handicapului de intelect, psihopedagogia handicapului de auz, psihopedagogia handicapului de vedere, psihopedagogia handicapului motor, logopedia (pentru a nu le cita decât pe cele mai vaste). Aceste specializări reflectă pe de-o parte, acumularea unei mari cantități de informație privind simptomatologia, etiologia și posibilitățile de recuperare a deficiențelor cauzatoare de handicap, iar pe de altă parte, avansul tehnologic considerabil în activitatea de depistare, protezare și educare. În unele cazuri, cum ar fi deficiențele senzoriale ori locomotorii, progresele obținute în ultimele decenii sunt de-a dreptul spectaculoase, existând în acest moment speranța unor recuperări totale sau într-o foarte mare măsură. În alte cazuri, precum autismul infantil sau deficiențele mintale, progresele sunt lente, dacă nu extrem de lente, ele fiind mai degrabă de natură psihopedagogică decât tehnică sau medicală. Extrapolând tendințele de evoluție a subdomeniilor defectologice („trendurile”), avem toate motivele să credem că sensurile de dezvoltare sunt cel puțin două: primul, către apariția unor noi ramuri și specializări (cităm aici doar psihopedagogia integrării și normalizării, precum și, cu titlu de noutate absolută, managementul expresiei și conduitei în stările de handicap); al doilea, spre înmulțirea și consolidarea relațiilor interdisciplinare dintre aceste ramuri. Profesionistul în aria defectologiei, în deceniile ce vor veni, nu va rămâne

¹ Cf. P. Popescu-Neveanu (1978), Ursula Șchiopu (1997), E. Verza (1998).

nicidecum închistat într-o specializare îngustă; el va fi pregătit pentru implementarea unor programe educative și corectiv-recuperatorii extrem de diverse, concepute pentru cazuri individuale. De asemenea, accentul se va pune din ce în ce mai mult pe munca în echipă. O altă cerință de prim-ordin a anilor următori va fi aceea de reprofesionalizare continuă, prin participarea la cursuri și training-uri de specialitate. Dacă, așa cum observa A. Toffler (1981), trăsătura definitorie a vremurilor viitoare va fi demasificarea (propagată de la nivel individual la cel macrosocial²), cu siguranță că acest fenomen se va face simțit și în ceea ce privește soarta defectologiei și a celor ce vor profesa în acest domeniu. Putem constata încă de pe acum necesitatea unei atitudini profesionale deschise și flexibile, aptă pentru acomodări și ajustări la particularitățile fiecărui caz concret.

Nefiind doar știință psihologică ori pedagogică, defectologia își definește obiectul de studiu și își delimitează câmpul de preocupări în zona de întrepătrundere a celor două, fiind prin urmare o disciplină de graniță. Consecința principală a acestui fapt este deschiderea teoretică, metodologică și aplicativă către o serie de alte ramuri și domenii științifice, enumerând în continuare relațiile interdisciplinare pe care le întreține cu:

- științele medicale (cu precădere în definirea etiologiei deficiențelor și asocierea tratamentului medicamentos și chirurgical abordării psihopedagogice);
- cu psihodiagnoza (atât în ceea ce privește depistarea precoce și încadrarea corectă a deficiențelor după tipuri și grade, cât și în elaborarea unor instrumente și proceduri de evaluare adecvate);
- cu psihoterapia (mai ales atunci când este vorba de formarea și întărirea unei imagini de sine pozitive ori de surmontarea anxietății în comunicare);
- cu psihologia vârstelor (în special atunci când se impune raportarea comparativă la dezvoltarea psihică normală, precum și la reperele psihogenetice și psihodinamice tipice);
- cu psihologia școlară (pentru tot ce înseamnă activitate de învățare);
- cu psiholingvistica (pentru înțelegerea mecanismelor ce guvernează apariția, formarea și dezvoltarea limbajului);
- cu psihologia socială (în cadrul preocupărilor vizând integrarea educațională, socială și profesională), menționând expres psihosociologia organizațiilor (atunci când accentul cade pe dinamica relațiilor interpersonale din interiorul structurilor organizaționale în care sunt cuprinse persoanele cu handicap);
- cu asistența socială (deoarece, de multe ori, aspectele psihopedagogice nu pot fi separate, în viața de toate zilele, de cele referitoare la protecția și sprijinirea celor aflați în dificultate³);

² Vezi trecerea de la „demasificarea” personalității, la „demasificarea” culturii și civilizației, în Alvin Toffler (1981). *Al treilea val* (trad. rom.). București: Ed. Politică, 1983.

³ Referindu-se la relațiile dintre psihopedagogia specială și asistența socială, Florin E. Verza (2002, p. 3) își afirmă intenția de a realiza „o unitate la nivel teoretic fără, însă, a afecta specificul celor două domenii”.

• În fine, cu diverse specialități pedagogice ori sociologice (didactica, docimologia, managementul educațional, respectiv sociologia familiei, demoscopia, sociologia muncii etc.).

Deși nu am reușit decât punctarea câtorva dintre cele mai importante relații interdisciplinare ale defectologiei, nu putem omite interesul pentru orice aplicație ori procedură tehnică atât în ceea ce privește depistarea deficiențelor, cât și compensarea protetică ori chiar rezolvarea acestora (prin intervenții chirurgicale, de exemplu). Tehnologia, sub cele mai variate aspecte, constituie o fațetă distinctă a defectologiei, motiv pentru care și noi vom face referire la ea ori de câte ori se va dovedi necesar.

Nu putem încheia acest paragraf fără a remarca nenumăratele relații intradisciplinare ale specialităților defectologice, fenomen ce atestă încă o dată caracterul dinamic, flexibil și precumpănitor aplicativ al acestei științe.

1. 2. PRECIZIE ȘI PERIMARE CONCEPTUALĂ ÎN DEFECTOLOGIE (CAUZE, EXEMPLE, SOLUȚII)

Înainte de a putea merge mai departe în expunerea elementelor de bază ale defectologiei, se impun cu necesitate câteva precizări terminologice. Acest lucru este consecința unui fenomen specific acestei discipline, și anume perimarea conceptuală accentuată. Cauzele trebuie căutate în două domenii care, aparent, nu au vreo legătură între ele. Astfel, principalele motive care conduc la ieșirea din uz accelerată a termenilor sunt:

- progresele înregistrate în cunoașterea științifică în domeniu și în aplicațiile ei psihopedagogice;
- influențele reprezentărilor sociale privind starea de boală și deficiență.

Vorbim, prin urmare, despre o relație polară care face ca defectologia să nu fie neutră din punct de vedere metaștiințific. Există câteva explicații pentru această stare de lucruri:

• Pe măsură ce metodele de cercetare se îmbunătățesc și datele experimentale se acumulează, se observă tot mai clar că există cazuri, ce se organizează în categorii și clase distincte, care nu pot fi descrise folosind terminologia obișnuită. De aceea, inventarea unor denumiri noi se petrece aproape de la sine, ajungându-se uneori la apariția unei confuzii conceptuale. Unificarea terminologică este indispensabilă dacă vrem să vorbim același limbaj științific; totuși, nimic nu justifică cramponarea de vechile denumiri dacă dezvoltarea științei defectologice impune schimbarea de paradigmă. Regula de aur este aceea că nici un termen nou nu trebuie introdus dacă cei deja existenți servesc în mod satisfăcător necesităților descriptive și explicative ale momentului. Cu alte cuvinte, trebuie să distingem cu scrupulozitate între imperativele progresului științific și capriciile academice la modă.

• Creșterea complexității societăților moderne și multiplicarea rapidă a cerințelor pe care acestea le pretind individului fac ca, treptat dar sigur, tot mai puțini oameni să fie capabili să se achite de obligațiile ce le revin. Dacă în

culturile pre-industriale știința de carte ori priceperea în folosirea utilajelor nu erau criterii în definirea competenței sociale, în contextul civilizației ultratehnologizate a începutului de mileniu necunoașterea unor limbaje de specialitate sau inabilitatea în folosirea corespunzătoare a calculatorului, telefonului mobil ori cardului bancar pot reprezenta criterii de departajare a indivizilor și chiar de segregare a acestora. Conștientizarea diferențelor de performanță dintre oameni conduce, adesea mult prea simplu, la presupuneri privind nivelul lor intelectual ori aptitudinal⁴. Cuvinte precum „incapacitate”, „handicap” sau „dizabilitate” încep să fie folosite cu lejeritate, indiferent de situație, ceea ce are ca rezultat nu numai vehicularea unor false „etichete verbale”, ci și declanșarea unor frustrări și angoase personale, răspunzătoare în ultimă instanță de apariția și consolidarea complexelor de inferioritate.

• Analogiile dintre starea de boală și cea de handicap pleacă de la sensurile diferite ale suferinței. Dacă în afecțiunile medicale este vorba în primul rând de suferință somatică (cea psihologică fiind un efect al acesteia), în cazul deficienței ne referim mai degrabă la o „suferință funcțională”, la o nereușită fie în plan senzorial sau motor, fie în plan operațional-cognitiv, fie în plan verbal-relațional⁵. Ambiguitatea este întreținută și de faptul că, de multe ori, deficiența este o consecință de tip sechelar a unei boli. De asemenea, este posibil ca boala și deficiența asociată acesteia să evolueze simultan, potențându-se reciproc (de exemplu, o afecțiune cardiacă precum hipertensiunea arterială sau fibrilația atrială poate să determine un accident vascular cerebral, caracterizat printre altele de instalarea unei hemiplegii ce imobilizează pacientul la pat pentru o lungă perioadă de timp, ceea ce, pe fond de afectare venoasă periferică, poate să inducă o tromboză în sistemul venos profund al membrului inferior afectat, punct de plecare al unei embolii pulmonare periculoase pentru viața pacientului). Totuși, în general, persoanele cu deficiențe se bucură de o stare bună de sănătate și sunt capabile, atunci când gradul de deficiență nu este foarte pronunțat, să aibă o existență activă.

• Alte confuzii se datorează punerii semnului de egalitate între boala psihică și deficiența mintală. Anumite carențe în operarea mintală sau bizarerii comportamentale pot semăna, la o comparație superficială, conducând la proliferarea unei false reprezentări sociale privind identitatea celor două afecțiuni. După Șerban Ionescu (*in* I. Radu, 1983, p. 272), „*stricto sensu, deficiențele mintale constau într-o insuficientă dezvoltare psihică, în special cognitivă,*

⁴ Am recurs la menționarea separată a inteligenței în raport cu sfera mai largă a aptitudinilor tocmai pentru a sublinia importanța covârșitoare ce i se acordă atunci când se fac aprecieri grosiere cu privire la performanțele cuiva.

⁵ Nu putem omite implicațiile morale ale conceptului de „suferință”, în contextul complex al reprezentărilor sociale privind deficiența, datorită referințelor, din imaginarul colectiv, la „stigmat”, „blestem” sau „păcat”.

fiind opuse sub acest aspect *demențelor*, care ilustrează o *deteriorare* psihică progresivă esențial *cognitivă*⁶.

Există însă cazuri în care diferența nu poate fi făcută ușor nici de către specialiști. De exemplu, diagnosticul diferențial între deficiența mintală și demența precoce este dificil de pus (C. Păunescu și I. Mușu, 1997, p. 164). „Raportul dintre psihogenii⁷ și deficiența mintală este încă controversat, greu de discriminat”, arată autorii citați⁸. C. Enăchescu (2000) consacră un capitol stărilor de „arierație mintală” în cadrul recentului *Tratat de psihopatologie*, subliniind că noțiunea de arierație mintală, în secolul al XX-lea, „va rămâne considerată ca o *stare de deficiență mintală*, dar cu limite imprecise, variind în raport de criteriile utilizate pentru a o delimita și defini” (*op. cit.*, p. 327).

• Termenul „deficiență”, ca și cel de „defectologie”, derivă etimologic din cuvântul latinesc *defectus* („defecțiune”, „lipsă”, „scădere”). Prin „contaminare” semantică, cei etichetați drept „deficienți” pot fi considerați drept inferiori, incapabili, imaturi psihologic și social. Termenul „handicap” a suferit o deformare de sens asemănătoare. „Din punct de vedere etimologic, termenului de *handicap* ar trebui să i se confere semnificația de dezavantaj, sintagma ‘persoană handicapată’ însemnând ‘persoană dezavantajată’. Medicalizarea excesivă a interpretării ‘handicapului’ a determinat însă o glisare semantică dinspre *dezavantaj* spre *maladie generatoare de dezavantaj*. Drept consecință, sintagma ‘persoană handicapată’ a început să fie asimilată cu sintagma ‘persoană bolnavă’” (G. Popescu și O. Pleșa, 1998, p. 27).

Diferența între „anormalitate” și „anomalitate” devine, în aceste condiții, tot mai greu de făcut de către neprofesioniști⁹.

• În fine, activarea unor mecanisme de apărare a eului poate explica atitudinile depreciative și repulsive la adresa celor cu deficiențe, concomitent cu replierea psihologică pe pozițiile sanității fizice și mintale proprii. Potențial angoasantă pare admiterea faptului că dobândirea (congenitală sau ulterioară) a deficienței nu este neapărat consecința unei stări malade ori nu ține de o

⁶ V. distincția clasică a lui J. E. D. Esquirol. Gh. Radu (1999a, p. 18) observa cu justețe că acest „sindrom de nede dezvoltare mintală” trebuie, în fapt, considerat drept tulburare de dezvoltare.

⁷ *Psihogenii*: „afecțiuni psihice ce diferă între ele prin intensitate sau coloratură, dar care au ca trăsături comune de producere și evoluție: o traumă psihică, de obicei cu caracter brutal și imprevizibil sau trenant și repetitiv; depășirea capacităților de adaptare și răspuns ale individului; relația directă a simptomatologiei psihice cu durata, intensitatea psihotraumei și cu terenul psihologic și somatic al subiectului” (C. Gorgos, 1989, s.v.).

⁸ C. Păunescu și I. Mușu (*op. cit.*, p. 165).

⁹ *Anoma*l: „caracteristică nepatologică constând din deficiență apropiată de infirmitate, dar nu și de maladie. Calificativul se aplică subiecților ce suferă de deficiențe fizice, senzoriale și intelective [...]. Se recurge la acest termen pentru a face deosebirea de *anormal*, care, mai ales în ordinea psihică, are alte semnificații și este de competența psihiatrilor, iar nu a defectologilor și pedagogilor specializați” (P. Popescu-Neveanu, 1978, s.v.).

culpă reală sau imaginară, iar conviețuirea cu acele persoane marcate de incapacitățile uneori severe derivate din deficiențe înseamnă câteodată prea mult pentru stabilitatea propriei imagini de sine.

Oricare ar fi cauzele perimării conceptuale în defectologie, fenomenul ca atare trebuie luat în considerare, dar cu măsură. Astfel, în cadrul strict al specialităților lor, profesioniștii nu trebuie să trăiască permanent cu teama că sunt „demodați” sau neglijenți și, în consecință, să abuzeze de terminologii și frazeologii „amabile”. Principiul de bază ar fi acela că reînnoirea terminologică reflectă în mod necesar avansul conceptual științific. Totuși, în relațiile extra-academice, o politică de tip „relații publice” se poate dovedi indispensabilă atunci când este vorba de cooptarea unor parteneri comunitari sau organizaționali.

Căutând soluții convenabile intra- și extra-disciplinar, disputa dintre conceptele științifice și „conceptele-atitudini” (C. Enăchescu, 2000) nu trebuie să ducă la sacrificii în aria preciziei terminologice. Cu alte cuvinte, se cere să îmbinăm optim nevoia de obiectivitate cu cea de civism și decență în limbaj și conduită.

1. 3. DELIMITĂRI CONCEPTUALE ÎN DEFECTOLOGIE. ANALIZĂ COMPARATIVĂ CRITICĂ

Principalele delimitări terminologice în defectologie¹⁰ se referă la conceptele de:

¹⁰ Cristalizarea unei terminologii coerente a devenit acută o dată cu preocupările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind realizarea unei taxonomii precise a morbidității și a cauzelor ce o generează. Deși prima încercare de clasificare, internațional recunoscută, a maladiilor și cauzelor de deces datează încă din 1893, cea dintâi clasificare internațională a incapacităților și stărilor de handicap consecutive intră în vigoare doar în anul 1976, avându-l ca principal artizan pe Philip Wood (*apud* C. Rusu, 1997). Originea ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) poate fi identificată în anul 1972, când experții OMS au conceput o schemă preliminară cu privire la consecințele produse în plan funcțional de starea de boală. În 1974 apăruse un paralelism supărător, fiind în uz clasificări separate ale deficiențelor și handicapurilor, dar în 1976, luând act de recomandarea sa din anul anterior, cea de-a XXIX-a Adunare Mondială a OMS a dispus publicarea ICIDH. Schema conceptuală era organizată în jurul a patru concepte – maladie (*disease*), deficiență (*impairment*), dizabilitate (*disability*) și handicap (*handicap*) – care au cunoscut ulterior o mare răspândire. Schimbările de mentalitate și deplasarea accentului de pe aspectul medical pe cel social au impus revizuirea taxonomiei clasice. În 1993 s-a trecut la revizuirea modelului ICIDH, finalizată prin adoptarea, în adunare generală, a formei ICIDH-2, redenumită ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Față de varianta intermediară (Beta-2) din 1999, forma finală din 2001 aduce modificări esențiale nu numai de terminologie, dar și de sistematizare. De fapt, întreaga orientare paradigmatică este modificată: dacă versiunea ICIDH din 1980 accentua consecințele maladiilor, versiunea ICF din 2001 reliefează componentele sănătății. Prin urmare, ICF ia în considerare toți oamenii, nu numai pe cei cu dizabilități (*apud* Maria Neagoe, 2003b, pp. 83-84 *et passim*). Aceste modificări radicale ne pun în dificultate, deoarece marea majoritate a autorilor citați în continuare se raportau, bineînțeles, la terminologia anterioară anului 2001. Pentru a nu crea confuzii suplimentare, vom utiliza și noi termenii în accepția lor clasică, conștienți fiind că va veni și momentul revizuirii lor în țara noastră.

• **Deficiență:** lipsă de integritate anatomică și funcțională a unui organ; absență a anumitor facultăți fizice sau psihice¹¹. Este luat în considerare aspectul medical. Pentru evaluarea cantitativă a deficitului se recurge la metode și mijloace clinice și paraclinice, explorări funcționale sau de altă natură. În terminologia UNESCO (1983)¹², „prin *deficiență* se înțelege pierderea, anomalia, perturbarea cu caracter definitiv sau temporar a unei structuri fiziologice, anatomice sau psihologice și desemnează o stare patologică, funcțională, stabilă sau de lungă durată, ireversibilă sub acțiunea terapeutică și care afectează capacitatea de muncă, dereglând procesul de adaptare și integrare în mediul școlar, la locul de muncă sau în comunitatea din care face parte persoana în cauză”.

În terminologia OMS (1980), termenul de „deficiență” are sens identic: orice pierdere sau anormalitate a structurii sau funcționării psihologice, fiziologice sau anatomice¹³. Se confundă parțial cu conceptul de „handicap intrinsec”.

• **Incapacitate:** limitare funcțională a activității fizice și/sau psihice ca urmare a unei deficiențe¹⁴. Este luat în considerare aspectul funcțional. În accepția UNESCO¹⁵, „reprezintă o pierdere, o diminuare totală sau parțială a posibilităților fizice, mintale, senzoriale etc., consecință a unei deficiențe care împiedică efectuarea normală a unor activități”, iar în cea a OMS (1980), „o restricție sau lipsă (rezultând în urma unei deficiențe) a abilității de a realiza o activitate în maniera sau în limitele considerate normale pentru o ființă umană”¹⁶. Incapacitatea poate fi temporară sau permanentă.

• **Handicap:** defavorizare a adaptării persoanei la cerințele mediului fizic și social, ca urmare a deficienței sale și a incapacității rezultate din aceasta¹⁷.

¹¹ (1978). *Mic Dicționar Enciclopedic* (ed. a II-a, revăzută și adăugită). București: Ed. Științifică și Enciclopedică, s.v. Vom folosi în continuare abrevierea *MDE* pentru referințele la această sursă.

¹² UNESCO (1983). *Terminologie de l'éducation spéciale*. Geneva: Ibedata. *Apud* A. Gherguț (2001, p. 12).

¹³ *Nota bene:* termenul folosit este cel de *impairment*, nu de *deficiency*. Dacă studiem cu atenție conotațiile acestor cuvinte în limba engleză, primul termen ar semnifica lezarea unei structuri care anterior funcționa la parametri normali (*auditory impairment*), în timp ce al doilea are clar sensul de „lipsă”, „incompletitudine” (*multi-sensorial deficiency*). Datorăm Mariei Neagoe (2003) prima lucrare românească sistematică privind modelele dizabilității (autoarea militează pentru grafismul „disabilitate”), ce conține și o examinare extrem de scrupuloasă a terminologiei în vigoare în literatura de specialitate și în documentele oficiale străine și autohtone. V. în continuare traducerea termenului *disability* prin „incapacitate”, deși, mai nou, el tinde să includă și aria semantică a celui de „handicap”.

¹⁴ Cf. C. Rusu (1993, p. 51): „diminuarea sau pierderea (ca rezultat al unei deficiențe) a aptitudinii de a se achita de o activitate în condițiile sau după așteptările considerate ca normale pentru ființa umană”.

¹⁵ *Apud* A. Gherguț (*ibid.*).

¹⁶ (*ICIDH*, p. 23, *apud* Maria Neagoe, 2003b, p. 87).

¹⁷ În sport însă (șah, go, hipism), „avantaj acordat unui concurent mai slab” (*MDE*, s.v.). Actualmente, termenul este folosit și cu sensul de dezavantaj: e.g. „echipa va avea de surmontat un handicap de două goluri în meciul retur”. Pentru detalii, v. sensurile lexemelor *handicap* și *handicapper* în limba engleză.

Este luat în considerare aspectul social. Prin *handicap* se înțelege „pierderea sau limitarea șanselor de a lua parte la viața comunității la un nivel echivalent cu ceilalți membri ai săi”.

Terminologia OMS (1980) îl considera drept un dezavantaj derivat dintr-o deficiență sau incapacitate care limitează sau împiedică performarea unui rol social normal de către un anumit individ (în funcție de criteriile de vârstă, sex, cultură, mediu social considerate normale). Termenul se referă la interacțiunea dintre persoana cu incapacitate și mediu¹⁸. Handicapul devine manifest atunci când persoanele cu deficiențe se lovesc de piedici fizice, sociale sau culturale în momentul în care doresc să aibă acces la activități și servicii de interes public sau privat, disponibile în mod normal tuturor cetățenilor¹⁹. Necesitatea de a se ține cont atât de trebuințele individuale (de reabilitare, suport tehnic etc.), cât și de condițiile sociale (ce ridică obstacole în calea participării egale), trece în prim-plan. Revizia ICF propune deja renunțarea la acest termen. Sunt însă și alți termeni cu circulație mai largă sau mai restrânsă, precum:

- *Dizabilitate*: deficit de competență manifestat în aria deprinderilor fizice și psihice. În dicționarele românești nu întâlnim încă acest termen, altfel foarte răspândit în literatura de specialitate defectologică a ultimilor ani²⁰. Opinia noastră este că, pornind de la această formulare operațională, se poate ajunge la o definiție comprehensivă care să acopere mai bine ariile conceptuale incerte, mai ales în sfera programelor de intervenție terapeutică. De altfel, termenul este preferat de profesioniștii implicați în activități corectiv-recuperatorii concrete, poate și pentru că probele de evaluare pe care le utilizează fac apel, de regulă, la criterii performanțiale. Cu toate că sfera conceptului este mai cuprinzătoare, ea nu devine prin aceasta și mai precisă, motiv pentru care încă există controverse în ceea ce privește înlocuirea termenului de deficiență cu cel de dizabilitate, după model occidental. Probabil că în viitorul apropiat, o dată cu amplificarea procesului de integrare școlară, profesională și socială a persoanelor cu deficiențe, precum și cu diversificarea modalităților de intervenție

¹⁸ ONU (1993). *Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap* (lucrare editată în limba română cu sprijinul Reprezentanței speciale a UNICEF în România), p. 7 (vom folosi în continuare abrevierea RSE pentru referințele la această sursă). În decembrie 1982, ONU a lansat „Programul mondial de acțiune privind persoanele handicapate”, rezultat al Anului Internațional al Persoanelor cu Handicap (1981).

¹⁹ Articolul 1 al Legii 53/1992 stipulează: „Persoanele handicapate, în înțelesul prezentei legi, sunt acele persoane care, datorită unor deficiențe senzoriale, fizice sau mintale, nu se pot integra total sau parțial, temporar sau permanent, prin propriile lor posibilități, în viața socială și profesională, necesitând protecție specială”.

²⁰ Termenul nu apare în ultima ediție a DEX-ului (Academia Română, Institutul de Lingvistică „Iorgu Iordan”. 1998. *Dicționarul explicativ al limbii române*, ed. a II-a. București: Ed. Univers Enciclopedic). Nici Florin Marcu nu-l semnalează în *Noul Dicționar de Neologisme* (1997. București: Ed. Academiei).

psihopedagogică, se va generaliza folosirea termenului de dizabilitate, în vreme ce aria de circulație a celui de *deficiență* se va restrânge la accepția medicală curentă²¹. În ceea ce ne privește, pe parcursul acestei lucrări, ne vom rezuma la o utilizare echitabilă a celor doi termeni.

• *Cerințe educative speciale* (CES): continuum al dificultăților speciale de educație, cu referire la un registru larg de tulburări care se întinde de la deficiențele profunde (*profound and multiple learning difficulties*), la tulburările de învățare

²¹ Lucrurile sunt, în fapt, mult mai complicate decât încercăm noi să le prezentăm aici. Dacă în România termenul de „dizabilitate/disabilitate” este încă o curiozitate terminologică, în țările anglofone el are o istorie marcată de frecvente rectificări semantice (cf. Maria Neagoe, 2003a). Astfel, Saad Z. Nagi impunea în anii '60 un model de factură medicală, centrat pe conceptul de „dizabilitate” (v. S. Z. Nagi, 1969, *Disability and Rehabilitation*. Columbus: Ohio State University Press). Acesta era înțeles drept „inabilitate sau limitare în desfășurarea activităților și a rolurilor definite social, așteptate de la indivizi în cadrul unui anumit mediu fizic și social”. S. Z. Nagi se folosea de conceptul de „limitare funcțională” (*functional limitation*) pentru a descrie efectele observate în manifestările specifice sau globale ale individului legate de o nereușită în plan acțional sau relațional. S. Z. Nagi pune accent mai degrabă pe efectele negative în planul social decât în cel somatic, ceea ce reprezenta o deplasare importantă de sens dinspre sfera medicală spre cea ecologică (environmentală). Devin astfel importante interacțiunile individului cu mediul, nu caracteristicile sale (patologice) personale (Maria Neagoe, 2003b, p. 63 sqq). Termenul s-a transformat treptat într-un construct sociocultural, marcând glisarea paradigmatică de la modelul medical (în care dizabilitatea era definită drept stare morbidă individuală, generând inferiorități organice și/sau psihologice), la modelul social (în care termenul reflectă o varietate complexă de condiții dizabilante, majoritatea fiind de natură socială) (Maria Neagoe, 2003a, p. 30). Cum am văzut, formularea OMS din 1980 (*ICDH*) recunoștea caracterul de limitare funcțională al dizabilității, ceea ce explică preferința traducătorilor români pentru termenul de „incapacitate”. Evoluția semantică a continuat însă, revizia OMS din 2001 (*ICF*) propunând renunțarea definitivă la vechiul său înțeles și păstrarea lui doar ca termen-umbrelă pentru referințe la deficiențe, limitări de activitate sau restricții de utilizare. De altfel, nici termenului de „handicap” nu i s-a pregătit o soartă mai fericită. Considerat deja tendențios în cultura anglo-saxonă, el lipsește din noua clasificare OMS. Obiectivul general al *ICF* este de a oferi o terminologie și, totodată, o structură unificată și standardizată care să permită o descriere a sănătății și a stărilor conexe prin raportare la o perspectivă pozitivă, nediscriminatorie, asupra relațiilor dintre individ și societate. Termenii sunt repartizați în două grupe primare: a) funcții și structuri corporale, respectiv b) activități și participare. *Funcționarea* apare ca termen-umbrelă care se referă la toate funcțiile corporale, precum și la activități și participare. *Domeniul* este un set practic și semnificativ de funcții fiziologice, structuri anatomice, acțiuni, sarcini sau arii de existență înrudite, servind la încadrarea unei persoane într-o stare precis codificată de sănătate (prin combinații de domenii). Concomitent, sunt prezentați factorii de mediu ce interacționează cu toate aceste constructe, oferind posibilitatea conturării unor profiluri individuale referitoare la funcționare, dizabilitate și sanogeneză. Terminologia este neutră, fără delimitări conceptuale, ci doar de grad. De exemplu, se recurge la termenul de *activitate*, care „exprimă natura și gradul de funcționare la nivelul persoanei” (activitățile putând fi limitate în natura, durata și calitatea lor), respectiv la cel de *participare*, care „reprezintă natura și gradul implicării unei persoane în situațiile de viață, în relație cu deficiențele, activitățile, problemele de sănătate și factorii contextuali” (aceasta fiind pasibilă de restricționări privind natura, durata și calitatea lor) (Maria Neagoe, 2003b, p. 257 sqq).

ușoare. Considerăm că această sintagmă reflectă mai corect dimensiunea psihopedagogică decât cea de *nevoi speciale*, des uzitată în domeniul protecției și asistenței sociale²². Cerințele educative speciale sunt „consecutive unor disfuncții sau deficiențe de natură intelectuală, senzorială, psihomotrică, fiziologică etc. sau ca urmare a unor condiții psiho-afective, socio-economice sau de altă natură (cum ar fi absența mediului familial, condiții de viață precare, anumite particularități ale personalității copilului etc.) care plasează elevul într-o stare de dificultate în raport cu cei din jur. Această stare nu-i permite o existență sau o valorificare în condiții normale a potențialului intelectual și aptitudinal de care acesta dispune și induce un sentiment de inferioritate ce accentuează condiția sa de persoană cu cerințe speciale” (A. Gherguț, 2001, p. 13).

În opinia lui Gh. Radu (2000, p. 14), dacă se insistă pe aspecte precum greutatea la învățătură, tulburări de conduită școlară, dificultăți de adaptare, „termenul de ‘copii cu CES’ lărgeste prea mult și nejustificat presupusa proporție a acelor copii care, în școala obișnuită, ar trebui diferențiați printre ceilalți elevi, asigurându-le un regim de educație specială integrată”.

Pe de altă parte, cerințe educative speciale manifestă și copiii supradotați.

- *Nevoi speciale/nevoi excepționale*: într-o anumită accepție, sintagma se referă la „acele nevoi care pot împiedica un cursant să participe cu succes la orele de educație vocațională (pregătire profesională), fără a fi subiectul unei preocupări sau ajutorări speciale”²³.

Din punct de vedere defectologic, această definiție este inoperantă dacă facem apel la paradigmele curente. Este posibil ca la un moment viitor, o dată cu extinderea „demasificării” și în cadrul științelor psihopedagogice, să se simtă nevoia unei flexibilități conceptuale atât de mari. Ne exprimăm însă rezerva față de astfel de „dilatări” conceptuale, deși nu dorim „etichetarea” cu orice preț. Dacă omul este măsura tuturor lucrurilor, este de așteptat ca generalizările sau nuanțările terminologice să fie în acord cu fluctuațiile teoretice și metodologice ale momentului.

- *Nevoi sociale*: formularea este menită să elimine confuziile legate de necesitățile sociale. Se referă la „acei oameni care trebuie antrenați într-un program de asistență socială nu numai pentru a putea trece mai ușor peste perioada de criză apărută în viața lor, dar și pentru refacerea propriilor resurse

²² Este vorba mai degrabă de o utilizare *ad omnes casus*. Pentru rigurozitate, vezi mai jos conceptul de „nevoi sociale”.

²³ Michael E. Wonacott (1982). *Prepare Yourself to Serve Exceptional Students*. American Association for Vocational Instructional Materials. Athens, GA: University of Georgia, modulul L1, p. 4. În continuare; autorul îi indică pe cei vizați de definiție: „persoane angajate în programe netipice pentru cei de același sex cu ele (de exemplu, bărbat preocupat de gospodărie); adulți necesitând reprofesionalizare [...]; persoane cu abilități limitate de exprimare în limba engleză; membrii unor grupuri minoritare rasiale sau etnice; indivizi dezavantajați economic atât în mediul urban, cât și în cel rural; persoane dotate și talentate; deficienți mintal; deficienți fizic și senzorial” (*ibid.*).

și capacități prin efort personal, prin efortul statului și al comunității din care fac parte, în vederea eliminării treptate a situației dificile prin care aceștia trec” (F. E. Verza, *op. cit.*, pp. 213-214).

Implică conceptul de „handicap extrinsec” (datorat mediului sau contextului socio-cultural).

- *Persoană în dificultate*: această sintagmă, folosită tot mai frecvent în domeniul asistenței sociale, are, pentru psihopedagogi, defectul maximei vaguități conceptuale²⁴. Vorbind despre „dificultate”, practic oricine a trecut prin situații problematice care l-au dezavantajat pentru un timp mai scurt sau mai lung. Are totuși meritul de a evidenția faptul că dificultatea unui copil sau a unei persoane poate conduce la instalarea unui handicap real dacă ajutorul nu se acordă rapid și individualizat, dincolo de limitările formale ale unei paradigme sau alteia (cazul pseudodebilității mintale).

„Constatăm că, în ciuda numeroaselor definiri ale handicapului și disabilității ca fiind un atribut relațional, rezultat din interacțiunea individului cu situațiile ambientale, totuși continuăm să înțelegem, în mod eronat, handicapul, respectiv disabilitatea, deplasând-o total dinspre responsabilitățile individului către responsabilitățile socialului, fără nici un fel de înțelegere bipolară a raporturilor individ-mediul” (Maria Neagoe, 2003a, pp. 346-347).

Dacă toată această fragmentare terminologică s-ar rezuma doar la nivelul unor dispute academice, fenomenul ar prezenta poate mai puțin interes pentru lumea practicienilor. Când intervin însă implicații sociale, economice, juridice, nevoia de precizie devine extrem de presantă. Să spunem doar că o comisie de expertiză a capacității de muncă, răspunzătoare de încadrarea unei persoane într-o anumită categorie de handicap, dacă s-ar ghida după niște aproximații terminologice sau s-ar raporta la un cadru legislativ confuz și fluid, ar fi responsabilă de un număr imens de decizii eronate care fie vor neîndreptăți persoane dezavantajate în mod real, fie vor împovăra în mod nejustificat bugetul asigurărilor sociale. C. Rusu și D. Carantină (1993) remarcă încă de acum un deceniu necesitatea reconsiderării „componenței și a atribuțiilor comisiilor de expertiză a capacității de muncă, astfel încât acestea să fie abilitate nu numai cu identificarea deficiențelor și incapacităților, ci și cu determinarea poziției și rolului individului în mediul său firesc de existență. De asemenea, în ipoteza în care condițiile de inserție a individului în mediu sunt evaluate ca fiind nefavorabile pentru compensarea și ameliorarea stărilor disfuncționale constatate, acestor comisii să li se confere competențe legale de a oferi alternative de ameliorare, de optimizare a posibilităților de integrare socio-profesională” (*op. cit.*, p. 62). Fiabilitatea acestor comisii este încă o problemă de actualitate.

²⁴ Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 26/1997 (confirmată prin Legea nr. 108/1998) definea noțiunea de „copil în dificultate” prin referire la periclitatea integrității fizice sau morale a copilului și la dreptul pe care acesta îl are la protecție și ajutor special din partea comunității locale dacă este lipsit sau nu mai poate fi lăsat în mediul său familial.

1. 4. CLASIFICAREA STĂRILOR DE HANDICAP

Deoarece deficiențele și stările de handicap care li se asociază sunt extrem de numeroase iar implicațiile psihopedagogice, sociale, economice și juridice sunt de cea mai mare importanță, clasificările propuse abundă. Am selectat, pentru edificare, taxonomia propusă de M. Agerholm (1975)²⁵, utilă datorită operaționalității sale, precum și clasificarea internațională a deficiențelor, incapacităților și handicapurilor (Ph. Wood)²⁶.

După M. Agerholm, formele de handicap intrinsec (datorat unor caracteristici proprii individului și pe care acesta nu le poate înlătura) se clasifică astfel:

1. *Handicap locomotor.*

- reducerea aptitudinii de deplasare;
- reducerea motilității posturale (relația diferitelor părți ale corpului între ele);
- reducerea dexterității manuale;
- reducerea rezistenței la efort.

2. *Handicap vizual.*

- pierderea totală a vederii;
- diminuarea (imposibil de corectat) a acuității vizuale;
- reducerea câmpului vizual;
- tulburări ale percepției.

3. *Handicap al mijloacelor de comunicare:*

- tulburări ale auzului;
- tulburări ale limbajului;
- tulburări ale lecturii;
- tulburări ale scrisului.

4. *Handicap organic.*

- tulburări ale ingestiei;
- tulburări ale excreției;
- orificii artificiale;
- dependență vitală de aparate și instalații medicale.

5. *Handicap intelectual.*

- retardare mintală congenitală;
- retardare mintală dobândită;
- pierderea aptitudinilor dobândite;
- afectarea capacității de învățare;
- tulburări de memorie;
- tulburări ale orientării în timp și spațiu.

²⁵ Apud C. Gorgos (1988, pp. 308-309). Trebuie precizat că, anterior demersurilor oficiale ale OMS, conținutul conceptului de *handicap* era acoperit, mai mult sau mai puțin precis, de termeni precum „infirmitate”, „maladie cronică invalidantă”, „deficit de autonomie existențială”, „inadaptare”, „anormalitate” etc. (C. Rusu, 1993, p. 47).

²⁶ Schematizată și adaptată după G. Popescu și O. Pleșa (1998).

6. *Handicap psihic:*

- psihoze;
- nevroze;
- tulburări de comportament;
- tulburări provocate de droguri (inclusiv alcoolismul);
- tulburări ale comportamentului social;
- imaturitate emoțională.

7. *Handicap inaparent:*

- tulburări de metabolism care necesită tratament permanent (diabet, fibroză chistică etc.);
- epilepsie și alte pierderi imprevizibile ale conștienței;
- vulnerabilitate particulară la anumite accidente sau traumatisme (tulburări de hemostază, fragilitate osoasă, predispoziție la escare etc.);
- tulburări intermitente și incapacitante (migrene, astm, vertij etc.);
- cauzalgie și alte tulburări algice grave.

8. *Handicap cu caracter repulsiv:*

- diformități sau defecte ale unor părți ale corpului;
- anomalii sau afecțiuni dermatologice și cicatrici inestetice;
- mișcări corporale repetitive involuntare (atetoză, ticuri, grimase etc.);
- anomalii jenante pentru simțurile altuia.

9. *Handicap legat de senescență:*

- scăderea plasticității corporale;
- încetinirea funcțiilor fizice sau psihice;
- diminuarea capacității (naturale) de recuperare.

Clasificarea internațională a deficiențelor, incapacităților și handicapurilor este mult mai analitică²⁷.

I. Clasificarea deficiențelor

• *deficiențe intelectuale:* incluzându-le pe cele de inteligență (atât în oligofrenie, cât și în demențe), gândire (cu referire în special la discursivitate și conținut), memorie;

• *alte deficiențe psihice:* ale conștienței (claritatea și calitatea experienței conștiente) și ale stării de veghe; ale percepției spațio-temporale, precum și ale percepției obiective (schema corporală) și subiective (imaginea de sine) referitoare la propria persoană (de la distorsiuni și iluzii, la halucinații, disociere a personalității, incluzând trăiri de tip *déjà vu*, *jamais vu*, *déjà vécu*); ale atenției (implicând concentrarea, mobilitatea și stabilitatea acesteia); ale afectivității (incluzând deficiențele pulsionale, tulburările psihosomatice, stările de anxietate, precum și stările hipo-, hiper- și ciclotimice); ale voinței; ale psihomotricității (hipo- și hiperkinezie, fără substrat neurologic); ale comportamentului (de la agresivitate și auto-agresivitate, la alienare și introvertire extremă);

²⁷ Pentru detalii, v. G. Popescu și O. Pleșa (*op. cit.*, pp. 48-127). O exemplificare a variantei ICIDH-2, în Maria Neagoe (*op. cit.*, pp. 434-465).

- *deficiențe de exprimare și de vorbire* (privind comunicarea nonverbală și verbală, cu implicații în activitatea de învățare și de interrelaționare umană);
- *deficiențe auditive*: referitoare la acuitatea auditivă, discriminarea vocală și funcția vestibulară;
- *deficiențe vizuale*: referitoare la acuitatea vizuală și câmpul vizual;
- *deficiențe ale organelor interne și ale altor funcții fiziologice specifice* (circulatorie, respiratorie, gastro-intestinală, renală, gonadică);
- *deficiențe ale scheletului și ale aparatului de susținere* (deficiențe ale regiunilor capului și trunchiului; deficiențe mecanice și motrice ale membrelor; paralizie spastică ori de altă natură a membrelor; alterări ale axelor transversală și longitudinală ale membrelor etc.);
- *deficiențe estetice* (de la diformități și malformații, la fistule și comunicații patologice ori artificiale);
- *deficiențe ale funcțiilor generale, senzoriale sau de altă natură* (incluzând deficiențele multiple organice și psihice, fragilitatea anormală la traumatisme, dismetaboliile, disfuncțiile exterocepției și cenesteziei).

II. Clasificarea incapacităților

- *referitoare la comportament* (incapacitate privind conștiința de sine; orientarea spațio-temporală; siguranța personală; adaptarea conduitei la situația dată; achiziționarea de cunoștințe; performarea rolurilor familiale etc.);
- *referitoare la comunicare* (incapacitate privind înțelegerea și exprimarea prin limbaj verbal oral și scris; interpretarea datelor percepției vizuale, cu afectarea activităților dependente de aceasta);
- *referitoare la deprinderile igienico-sanitare și de autoservire* (incapacitate privind controlul excreției; menținerea igienei corporale; îmbrăcarea; hrănirea);
- *referitoare la locomoție* (incapacitate privind mersul, trecerea peste obstacole, alergarea, urcarea scărilor etc.);
- *referitoare la folosirea corpului în anumite activități* (care implică manipularea unor obiecte sau adoptarea unor poziții, ca în activitățile casnice sau profesionale);
- *referitoare la psihomotricitate* (neîndemânare privind activitățile practice cotidiene ce necesită prehensiune, manipulare, coordonare oculomanuală, lateralizare, control postural, cum ar fi utilizarea cheilor, deschiderea/închiderea ușilor, manevrarea comutatoarelor sau robinetelor, folosirea telefonului, manipularea banilor etc.);
- *referitoare la alte situații* (incapacități legate de anumite caracteristici ale mediului fizic – temperatură, climă, zgomot – sau profesional; legate de situații necesitând aptitudini speciale).

III. Clasificarea handicapurilor

- *de orientare*: de la alterări ale capacității de orientare, până la stări de dezorientare și inconștiență;
- *de independență fizică*: de la independență asistată (protetic, tehnic, uman), până la dependență de îngrijiri intensive și permanente;

- *de mobilitate*: de la limitări variabile ale acesteia, până la pierderea ei totală (imobilizare la pat);
- *privind ocupația*: de la indisponibilități pasagere ce afectează activitatea, până la incapacitatea angajării într-o ocupație cu sens;
- *de integrare socială*: de la participare anxioasă, la alienare și izolare socială;
- *de independență economică*: de la inabilitate în asigurarea unor resurse suficiente, până la incompetență totală (resursele fiind evaluate în funcție de nevoi specifice);
- *de altă natură*: minore (fără efecte negative notabile); nespecifice (ce conduc la un dezavantaj general); specifice (alterare a calității vieții generate de un handicap specific, dar neîncadrat taxonomic în vreo altă secțiune); neprecizate.

Analizând critic diferitele clasificări propuse, C. Rusu (*op. cit.*, p. 52) observa că „introducerea unor definiții și discriminări semantice artificiale sau pur convenționale, diferite de accepțiunile curente din sfera limbajului comun, face ca sistemul taxonomic propus să fie operant și utilizabil aproape exclusiv în activitatea specialiștilor avizați²⁸” și că „este greu de operat cu entități nosologice ‘de seră’, concepute aproape exclusiv pentru uzul specialiștilor și al experților în materie” (*ibid.*)²⁹.

Iată de ce, din considerente în principal didactice, vom apela în continuare la taxonomia clasică, *multum in parvo* fiind de altfel principiul călăuzitor al acestei lucrări³⁰.

1. 5. METODELE DEFECTOLOGIEI

Dacă metodele generale ale psihologiei pot fi adaptate necesităților cercetării în defectologie, nu înseamnă că nu există și metode specifice, folosite în programele corectiv-recuperatorii. Acestea din urmă vor fi prezentate însă în contextul deficiențelor și tulburărilor respective, cu particularizările de rigoare.

Referindu-ne la cele mai utilizate metode în defectologie, trebuie să avem în vedere (*cf.* P. Popescu-Neveanu, 1978, I. Radu, 1993, M. Zlate, 1996, E. Verza, 1998, Ursula Șchiopu, 2002):

²⁸ E.g. definirea exactă a criteriilor medicale de încadrare a copiilor (0-18 ani) în categoria de handicapat.

²⁹ Cf. (1999). *L'emploi et l'utilité de la classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages*. Strasbourg: Ed. de Consiliul Europei.

³⁰ Lucrarea de față fiind destinată cu precădere studenților la psihologie și medicină, ne-am axat pe descrierea principalelor deficiențe, deoarece, ca viitori profesioniști, ei sunt mai interesați de latura diagnostică și mai puțin de cea corectiv-recuperatorie (domeniul predilect al psihopedagogilor).

• *Observația.* Condițiile în care aceasta se desfășoară, maniera de înregistrare a datelor, ipotezele care orientează atenția cercetătorului – acestea sunt principalele elemente ce definesc cerințele unei observații sistematice. Are drept scop selectarea unor informații referitoare la comportamentul persoanelor cu handicap, caracteristicile și specificul vieții lor psihice, formarea deprinderilor practice și intelectuale, modalitățile de intervenție corectiv-recuperatorie. Observația „nu se reduce practic la simpla 'lectură' a faptului brut, ci se prelungește într-un act de clasificare, de încadrare a informației în anumite concepte și de anticipare a unor relații” (I. Radu, 1993, p. 16).

• *Anamneza.* Reprezintă pasul logic următor, culegerea informațiilor privind antecedentele personale și heredo-colaterale fiind esențială atât pentru identificarea cauzelor răspunzătoare de o anumită evoluție psihică, cât și pentru conturarea mai clară a ipotezelor. Ca rezultat al anamnezei, numărul pistelor false în cercetare se reduce și la fel și pericolul de a trece cu vederea alte elemente importante.

• *Conversația.* Servește detalierii informațiilor obținute în urma observației. Spre deosebire de aceasta, conversația are avantajul interactivității, al feedback-ului verbal și nonverbal, dar și dezavantajul deconspirării interesului cercetătorului față de anumite aspecte ale vieții psihice a persoanei cu handicap. „Deși se desfășoară cu dificultate la unele categorii de handicapați, prezintă avantajul că aceștia nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri și manifestă un oarecare infantilism în elaborarea răspunsurilor. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înțelegere și o formă ce poate fi receptată de subiecți (limbajul gestual sau al dactilemelor pentru surdomuți, limbajul verbal însoțit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înțelegerea și verbalizarea pentru handicapații de intelect ș.a.m.d.)” (E. Verza, 1998, p. 7).

Folosirea unui ghid de interviu eficientizează conversația.

• *Analiza produselor activității.* Oferă informații valoroase nu numai despre nivelul performanțial atins de către subiect în executarea unei activități, dar și despre structuri psihice complexe și profunde (de exemplu, desenul omulețului, al arborelui, al familiei etc. reflectă atât gradul de consolidare a reprezentărilor și de stăpânire a tehnicii grafice, cât și conținuturi inconștiente). Pornind de la valoarea lor pentru psihodiagnoză, produsele activității pot servi demarării unui program corectiv-recuperator concret.

• *Probele psihologice standardizate (testele).* Deși în defectologie sunt folosite o serie de probe mai mult sau mai puțin standardizate, testele reprezintă instrumentul tehnic *par excellence* al psihologiei. „Scopul utilizării testelor constă în a obține, într-un timp relativ scurt, informații relativ precise (cuantificabile) și obiective (independente de subiectivitatea și autoaprecierile celui ce efectuează sau suportă testarea). Prin intermediul acestor informații cu privire la subiectul considerat se conturează și un eventual prognostic”

(Ursula Șchiopu, 2002, p. 74). Există o serie de teste special concepute sau adaptate pentru necesitățile defectologiei, însă ele sunt destul de puține și au o circulație restrânsă. De multe ori, practicienii în domeniu sunt siliți să se folosească de probe etalonate pe populație normală, ceea ce, evident, conduce fie la pierderea capacității de discriminare între diverse niveluri de handicap (în cel mai bun caz), fie la concluzii eronate (în cel mai rău). Defectologia fiind o știință a nuanțelor și a trăsăturilor specifice, este absolut necesar să dispună de baterii de teste special create și etalonate. De-a lungul timpului au existat preocupări în acest sens la noi în țară³¹, însă ele nu pot fi considerate pe deplin satisfăcătoare.

- *Studiul de caz.* „Se referă la comportamentul individual în ansamblul cadrului social, punând accentul pe analiza datelor și pe prezentarea lor unitară, ca variabile relevante necesare înțelegerii unei ‘unități’ (persoană, grup social, comunitate, națiune). [...] Prin analiza detaliată cât mai completă a unui fapt, individ sau grup se încearcă explicarea unei categorii de fenomene” (Popescu-Neveanu, 1978, pp. 688-689).

În defectologie, studiul de caz presupune o evaluare psihopedagogică și socială complexă, probele psihologice standardizate reprezentând „piatra unghiulară” a cercetării. Este necesară totuși prudență în încercarea de generalizare a concluziilor finale.

- *Experimentul.* Dacă trăsătura esențială a *metodei experimentale* este aceea de a ținde către coerența unui „sistem de relații controlate prin experiență” (P. Fraisse, 1963)³², atunci ea reprezintă *via magistralis* în strategia complexă de explorare obiectivă a realității defectologice. Experimentul clasic are două variante: natural (cercetătorul fiind de fapt observator avizat al unor evenimente și fenomene naturale) și de laborator (situația experimentală este creată și repetată artificial într-un mediu riguros controlat). Dacă ipoteza inițială este vagă sau se procedează prin „încercare și eroare”, experimentul explorator poate oferi indicii prețioase în vederea elaborării unor ipoteze precise, validate sau nu prin experimentul de confirmare. Atunci când cercetătorul reconstruiește mental un eveniment sau fenomen constatat anterior, vorbim despre *experimentum ex post-facto* (experimentul virtual), iar atunci când situația experimentală imaginată reușește să confirme în mod clar și elegant ipoteza cercetării, ne referim la *experimentum crucis* (crucial). Varianta folosită în domeniul educațional, *experimentul psihopedagogic* este o metodă ce constă în „modificarea unor elemente de conținut, metodică sau

³¹ Amintim aici doar următoarele lucrări: Ș. Ionescu, E. Popescu Solomon, V. Radu, A. Stoeneșcu (1974). *Ghid pentru aplicarea bateriei experimentale de triere a deficiențelor mintal B.T.D.M. – 72 (pentru admiterea în școala profesională specială)*. București: Centrul de documentare și publicații al Ministerului Muncii, precum și S. Lungu-Nicolae (1991). *Teste psihologice*. București: I.N.R.E.S.P.H.

³² In Paul Fraisse și Jean Piaget (1963). *Traité de psychologie expérimentale*. Paris: P.U.F., I.

organizare în procesul instructiv-educativ în vederea surprinderii efectelor produse asupra evoluției psihice și comportamentului elevilor. [...] Experimentul psihopedagogic se poate limita la constatări. Prin însăși esența sa însă, experimentul psihopedagogic este formativ, adică își propune ca să efectueze cercetări în însuși procesul instruirii și educării elevilor, cercetarea apărând doar ca o implicație a operei de formare intelectuală, estetică și morală a elevilor” (P. Popescu-Neveanu, 1978, pp. 255-256).

1. 6. IDIOGRAFIC VERSUS NOMOTETIC ÎN DEFECTOLOGIE

Disputa referitoare la importanța cunoașterii specifice sau, din contră, statistice este actuală și în defectologie. Deoarece are implicații practic-aplicative majore, defectologia este poate chiar mai sensibilă la abordările idiografice sau nomotetice decât psihologia generală. Iată de ce se cuvine în continuare să insistăm puțin asupra acestui subiect (*apud* C. B. Buică, 2004b, pp. 178-180).

Prin termenul *idiografic* este desemnat ceea ce este unic și irepetabil în individ, în timp ce prin *nomotetic* se înțelege ceea ce este comun, tipic, clasificabil. Abordarea idiografică merge către analiza și descrierea în detaliu a caracteristicilor particulare ale unei persoane, extrapolarea explicațiilor și concluziilor oferite fiind discutabilă (de exemplu, pornind de la studiul aprofundat al unei personalități istorice să se emită generalizări cu privire la mentalitatea comunității din care făcea parte). Pe de altă parte, abordarea nomotetică face abstracție de indivizii ca atare, fiind centrată exclusiv pe datele rezultate din prelucrarea statistică. Astfel, categoriile descriptive propuse conțin esența trăsăturilor psihice umane tipice, fără ca cineva să se poată recunoaște pe deplin în ele. Folosind o tușă mai groasă, am putea spune că cel mai bine studiat subiect în psihologie este „omul statistic” care, de fapt, ...nu există! Gândind idiografic în defectologie, ne situăm în postura acelor practicieni care, fie datorită unei pregătiri de specialitate superficiale, fie datorită încrederii prea mari în experiența proprie, ignoră sau neagă implicit importanța teoriilor explicative cu privire la etiologia sau procesualitatea unui anumit tip de deficiență, respingând uneori chiar formularea unui diagnostic pe motiv că acesta „etichetează” subiectul. Ei tind să se piardă în detalii, să intervină în corectarea unor aspecte minore, în vreme ce strategia de ansamblu este neglijată. Mai mult decât atât, unii dintre ei ajung să dezvolte „tipologii empirice” derivate din experiența lor profesională care în realitate nu sunt altceva decât tot niște categorii nomotetice, însă puternic marcate de subiectivism. Ne explicăm astfel de ce, chiar și atunci când declară răspicat că sunt împotriva oricărei generalizări în activitatea corectiv-recuperatorie, ei să se aplece pe poziții ireconciliabile în momentul în care se întâmplă să-și compare metodele. Invers, gândind nomotetic, există avantajul economiei conceptual-metodologice, precum și cel al solidității și validității argumentelor paradigmei în vigoare. Cadrul în care un

astfel de profesionist activează este unul construit cu acribie academică și supus permanent probei realității prin diverse cercetări experimentale. Pericolul cu care adepții unei astfel de abordări se confruntă este acela al unei încrederi exagerate, oarbe chiar, în valoarea definitivă a concepției respective. Dacă preceptele paradigmatică afirmă că un copil cu deficiență mintală profundă este irecuperabil, atunci un profesionist ce îmbrățișează fără rezerve această orientare nu va face nici cel mai mic efort pentru a o invalida, contând pe faptul că oricum cineva, undeva, cândva trebuie să fi verificat acest lucru. De asemenea, dacă vechea concepție susține că învățământul segregat este cea mai bună soluție pentru copiii cu handicap, adeptul acesteia va continua să militeze pentru conservarea situației *de facto*, fără să devină permeabil și la alte experiențe. Abordările nomotetice încurajează, cel puțin în defectologie, „profețiile auto-împlinite” cu privire la ce poate sau nu poate un copil cu handicap ori ce e bine sau nu pentru el, pierzându-se flexibilitatea și deschiderea către nou a abordărilor idiografice. Lucrurile se complică atunci când adepții abordării idiografice se servesc de instrumente nomotetice (cazul majorității testelor psihologice) sau când ceilalți recurg la particularizări de tip idiografic atunci când încearcă să surmonteze nepotriviri evidente între teorie și practică.

G. W. Allport (1961, p. 33), vorbind despre psihologia personalității, afirma că ea „nu este exclusiv nomotetică, nici exclusiv idiografică. Ea caută un echilibru între cele două extreme”. Acest echilibru este asigurat, în principiu, de abordarea *idiotetică*³³, lucru mai ușor de propus decât de făcut. În concepția lui James T. Lamiell (1986)³⁴, personalitatea ar trebui descrisă în termeni idiografici, în vreme ce dezvoltarea acesteia ar trebui evaluată utilizând criterii nomotetice. M. Golu (1993, pp. 9-10) precizează că „fiecare persoană reprezintă în sine *suma unică* a ceea ce a învățat, a perceput și a organizat conceptual în plan intern. Similitudinile principale între indivizi se regăsesc în procesele prin intermediul cărora este achiziționat conținutul informațional unic al fiecăruia. Sarcina cercetării științifice rezidă în a formula un set de principii generale care să specifice cum sunt învățate răspunsurile, cum sunt organizate percepțiile și cum se desfășoară procesele psihice superioare”.

Nimic mai adevărat în ceea ce privește direcția de urmat în defectologie, dacă se dorește obținerea aceluși echilibru atât de necesar între teorie și practică. Vom încerca, pe cât posibil, ca, în descrierea diverselor dizabilități/deficiențe și, respectiv, demersuri corectiv-recuperatorii, să ne situăm pe pozițiile abordării idiotetice.

³³ *Idios* (gr.): „propriu”, „particular”; *theto* (gr.): „a așeza”, „a plasa”.

³⁴ J. T. Lamiell (1986). Epistemological Tenets of an Idiopathic Psychology of Personality. In A. Angleitner, A. Furham și G. van Heck (ed.), *Personality Psychology in Europe. Current Trends and Controversies*. Lisse: Swets & Zeitlinger b.v., II.

1. 7. FINALITĂȚI TEORETICE ȘI PRACTICE ALE DEFECTOLOGIEI

Spuneam, la începutul acestui capitol, că defectologia se află în punctul de intersecție al teoreticului cu aplicativul, scopurile sale fiind de natură duală. Obiectivul teoretic general este acela de cunoaștere cât mai precisă a particularităților psihice și psiho-sociale ale persoanelor cu handicap, precum și elaborarea pe această bază a celor mai eficiente strategii corectiv-recuperatorii și educațional-incluzive. Obiectivele practice constau în aplicarea flexibilă, chibzuită și adaptată necesităților individuale sau contextuale a cunoștințelor și metodelor considerate ca fiabile, în vederea ameliorării și remedierii handicapurilor constatate, precum și a îmbunătățirii calității vieții acestor persoane.

Emil Verza (*in* Ursula Șchiopu, 1997, p. 213) enumera câteva dintre obiectivele majore ale defectologiei perioadei actuale:

- dezvoltarea preocupărilor privind psihodiagnoza diferențială a deficiențelor și precizarea posibilităților de compensare și educare;
- elaborarea unor programe și metodologii adecvate procesului instructiv-educativ în cazul copiilor deficienți;
- formarea pentru- și integrarea în muncă și în viața societății a celor cu deficiențe, în funcție de specificul stării de handicap;
- studierea particularităților psiho-fizice și comportamentale în scopul punerii la punct a celor mai eficiente metode de integrare a celor cu deficiențe în viața social-culturală conform capacităților de care dau dovadă.

Pornind de la observațiile lui Constantin Pufan³⁵, considerăm că sarcinile principale ale defectologiei moderne constau în:

- stabilirea cât mai precisă a structurii deficienței și a posibilităților de corectare, compensare și recuperare;
- fundamentarea științifică cât mai obiectivă a criteriilor de clasificare și ierarhizare a tipurilor de deficiențe, și, implicit, a terminologiei folosite;
- adecvarea scopurilor, conținutului și metodologiei la cerințele specifice fiecărui caz concret (în cadrul Programului de Intervenție Personalizat);
- deplasarea interesului în domeniu către profilaxia deficiențelor și a stărilor de handicap consecutive acestora;
- reevaluarea activității de orientare școlară și profesională în acord cu evoluțiile din sistemul național de învățământ și cu tendințele manifestate pe piața muncii;
- dezvoltarea abordării psihosociale a handicapului, cu accent pe integrare și normalizare, ca parte a culturii civice în democrație.

Dincolo de efectele prezumate sau constatate ale unei strategii sau metodologii particulare, se ridică întotdeauna întrebarea dacă acest demers este sau nu cu adevărat util individului concret, confruntat cu dificultățile existenței de zi cu zi. Prin urmare, obiectivul major al defectologiei în anii care

³⁵ *Apud* P. Popescu-Neveanu (1978, p. 178).

vin este acela de centrare pe persoană, înțelegând prin aceasta o abordare de tip idiotetic a problematicii specifice fiecărei stări de handicap, și nu căderea în extrema fragmentării și disoluției psihopedagogice.

1. 8. CERINȚE DEONTOLOGICE MINIMALE ÎN PRACTICA DEFECTOLOGICĂ

Activitatea curentă cu persoanele cu handicap ridică o serie de probleme de natură etică, mai ales atunci când subiecții sunt incapabili să facă sau să exprime o alegere în cunoștință de cauză. Practicianul defectolog este obligat să respecte o serie de reguli elementare ce țin de responsabilitățile, valorile și obiectivele profesiei sale. Cele mai importante sunt:

- Calcularea raportului „risc/beneficiu”, conform principiului *primum non nocere*. În defectologie aceasta se traduce prin cântărirea cât mai atentă a avantajelor și a dezavantajelor unei anumite decizii (diagnostic, plasament școlar etc.) ori intervenții terapeutice (de tip chirurgical sau psihopedagogic). Dacă prudența este, în mod evident, cea mai indicată, sunt situații în care riscurile trebuie asumate atunci când există argumente în favoarea unei proceduri experimentale sau cu grad mare de incertitudine curativă.

- Adoptarea unei conduite respectuoase atât față de subiect, cât și față de aparținătorii acestuia. Relația profesionist – subiect, respectiv profesionist – familia subiectului este frecvent dezechilibrată în favoarea celui dintâi (presigiu și experiență în domeniu *versus* vârstă cronologică sau mentală mică, nivel scăzut de instrucție etc.). Deși respectul se exteriorizează în atitudine și limbaj, manifestarea lui nu trebuie să rămână doar un act formal de curtoazie. Reprezentările sociale depreciative privind persoanele cu handicap și, eventual, mediul lor social de proveniență se activează inconștient, imprimând uneori note vizibile de superioritate, dezgust, indiferență, superficialitate, dominanță. Chiar și copilul cu deficiență mentală profundă trebuie tratat ca *persoană*, deși nivelul său de dezvoltare psihică nu îndreptățește ipoteza existenței unei personalități cât de cât constituite. Situații etice delicate se întâlnesc în cazul subiecților cu afecțiuni psihice grave ce pot merge până la delir, autoagresiune, depersonalizare, precum și în cazul celor cu autism. Copiii cu polihandicap au limitări severe atât ale capacității de contact și interrelaționare umană, cât și în ceea ce privește satisfacerea necesităților fiziologice primare. Alții pot avea tulburări de conduită incompatibile cu integrarea în mediul școlar obișnuit. În fine, anturajul copilului s-ar putea dovedi incompetent în materie de asistență și consiliere psihopedagogică. Respectul poate fi arătat fie recurgând la formule de adresare politicoase și la explicații pe înțelesul subiectului ori al aparținătorilor acestuia, fie oferind posibilitatea alegerii unei alternative ori a luării unei decizii în cunoștință de cauză. De asemenea, subiectului sau părinților acestuia nu trebuie să li se îngrădească dreptul la o a doua opinie, atunci când doresc să consulte un alt specialist.

Indiferent de situație, profesionistul trebuie să acționeze cu tact și deferență, menținând permanent un echilibru între flexibilitate atitudinală și fermitate.

- **Păstrarea secretului profesional.** Specialistul este dator să păstreze anonimatul asupra identității subiecților săi, precum și asupra tuturor acelor informații a căror divulgare ar aduce atingere demnității sau intereselor acestora. Sunt numeroase situații controversate în care menținerea discreției asupra deficienței subiectului poate veni în conflict cu responsabilitatea față de celelalte persoane (de exemplu, integrarea școlară a copiilor infectați cu HIV, fără prevenirea corespunzătoare a celorlalți elevi, părinți sau cadre didactice). Pe de altă parte, înștiințarea altora cu privire la specificul deficienței este în interesul subiectului (elaborarea planului de intervenție personalizat în cadrul echipei interdisciplinare, asigurarea accesului în instituțiile de interes public, utilizarea unor modalități de comunicare adecvate, încadrarea în muncă etc.).

- **Menținerea integrității profesionale.** A profita de relația interpersonală cu subiectul sau cu aparținătorii acestuia în vederea dobândirii unor foloase materiale sau de altă natură este total inacceptabil. Persuadarea, manipularea sau constrângerea acestora de a oferi sau de a înlesni obținerea unor avantaje extra-contractuale reprezintă un abuz care se pedepsește conform legii. Prestația specialistului defectolog trebuie să aibă în vedere interesul clientului³⁶ său, iar condițiile în care aceasta se desfășoară sunt riguros reglementate. În plus, este obligatorie informarea subiectului sau a aparținătorilor săi cu privire la termenii relației contractuale (explicite sau implicite) care se stabilește între părți, precum și la modul de desfășurare a activității propuse. În orice moment, trebuie să aducă la cunoștința partenerilor săi schimbările apărute în relația lor profesională ori evoluțiile înregistrate în cursul intervenției corectiv-recuperatorii implementate.

- **Obligația de a respecta autonomia profesională a colegilor de breaslă sau a altor specialiști,** concomitent cu recunoașterea drepturilor de proprietate intelectuală asupra concepțiilor, strategiilor, tehnicilor și procedeeleor create și dezvoltate de aceștia. Deoarece defectologia este o știință interdisciplinară cu multiple aplicații practice, nevoia de originalitate nu înseamnă nicidecum o perpetuă reinventare a acesteia. Edificiul oricărei științe presupune acumulări și rearanjări conceptuale, fiind un efort eminamente colectiv. Realizările altora pot fi fructificate în orice întreprindere particulară, cu condiția dobândirii acceptului folosirii lor din partea deținătorilor drepturilor de autor sau menționând cu onestitate paternitatea ideilor ori a tehnicilor preluate sau adaptate în interes personal, respectând reglementările legale și convențiile cutumiale în vigoare.

³⁶ În unele țări, termeni precum „bolnav” sau „handicapat” au fost înlocuiți cu cel generic de „client”. Mai nou, se consideră chiar că termenul de „subiect” îl devalorizează pe cel aflat în atenția psihologului, fiind preferată titulatura de „participant”. O exprimare de genul „testul a fost administrat subiecților” se consideră neetică, deoarece ar minimaliza activitatea persoanelor evaluate (corect: „participantii/clientii au răspuns la itemii testului”).

• Datoria de a contribui la dezvoltarea științei defectologie atît din punct de vedere teoretic, cît și practic-aplicativ. Aceasta presupune participarea la întruniri și comunicări științifice, desfășurarea unor cercetări și aplicații originale în domeniu, publicarea unor lucrări de specialitate relevante, toate avînd ca scop, pe de o parte, circulația informațiilor între specialiștii interesați, iar, pe de altă parte, menținerea și perfecționarea calității prestației profesionale prin accesul la date și tehnologii cît mai recente.

Desigur, cerințele deontologice sunt mult mai numeroase și mai analitice³⁷ decît cele comentate mai sus, patru fiind categoriile taxonomice avute în vedere: respect pentru demnitatea persoanei, intervenție responsabilă, integritate în relațiile interpersonale, responsabilitate față de societate. În plus, atunci cînd se lucrează cu copii, accentul cade pe respectarea drepturilor acestora, așa cum sunt stipulate în documentele oficiale. Mai corect spus, trebuie să vorbim de *promovarea* drepturilor copilului, deoarece astfel se „evidențiază mai exact faptul că trebuie să existe o avansare continuă în cunoașterea unicității fiecărui copil, a factorilor care-i modelează personalitatea, a mediului care-l condiționează, a barierelor, obstacolelor, dificultăților care stau în calea respectării fiecăruia dintre drepturile sale”, fundament pentru „lansarea și susținerea celor mai bune alternative și soluții” (V. Crețu, 1999, p. 32).

Notă adițională:

Este de notorietate disputa, veche de mai bine de două decenii, din lumea academică occidentală, privind partajarea sferelor de intervenție în situația instalării unei deficiențe, ca urmare a unei cauze prenatale sau postnatale (*deficiency/impairment*), între diversele specialități medicale, pe de o parte, și diversele ramuri psihopedagogice, pe de alta. În unele țări, cum ar fi cele scandinave, diferențele de opinii s-au acutizat pînă la atitudini excesive de ignorare sau contestare reciprocă. În vreme ce medicii au caracterizat drept ilegal transferul unor termeni precum „diagnostic” sau „terapie” din glosarul medical în cel psihologic, profesioniștii din domeniul educației speciale le-au reproșat medicalizarea excesivă a unei problematici care depășește substratul morfologic sau funcțional și afectează întreaga personalitate a individului. Soluția împărțirii atribuțiilor nu este simplă, deoarece, în abordarea deficienței, aspectele organice și cele psihosociale sunt întretesute, implicându-se reciproc. Acesta este și motivul pentru care se vorbește despre „abordare multidisciplinară” și „terapie complexă”. Nu trebuie să înțelegem de aici că medicii sau psihopedagogii n-ar ști ce au de făcut, ci că există o zonă largă de intersecare a competențelor în care fiecare din părți dorește să aibă cuvîntul hotărâtor. Adevărul este că decizia nu o poate lua decît persoana în cauză sau, dacă discernămîntul ei este diminuat, reprezentanții săi legali (părinți, rude, tutori etc.). Tot ceea ce le rămîne de făcut celor două categorii

³⁷ Cf. (1995). *Charter of Professional Ethics for Psychologists*. Brussels: European Federation of Psychology Associations.

de profesioniști este să-și susțină cât mai solid opinia, în interesul superior al *clientului*. Este vorba, în fapt, de conflictul a două paradigme care își caută rezolvarea în fiecare caz concret.

Dacă intenția noastră nu este aceea de a lua poziție partizană domeniului din care facem parte, vrem totuși să susținem cu tărie necesitatea (am zice chiar *obligativitatea*) ca fiecare practician din sfera psihopedagogiei speciale să aibă un minim de cunoștințe medicale privitoare la categoria de deficiențe în care s-a specializat, neînsemnând abilitarea lui în punerea la îndoială a unui diagnostic medical, ci dobândirea unei elementare competențe în a înțelege și a fructifica implicațiile acestuia. Dacă, empiric, practicienii din educația specială au constatat, fiecare în felul său, faptul că un diagnostic medical nu este un „epitaf” al cazului ci un punct de pornire în activitatea de corectare și recuperare, indicațiile și contraindicațiile ce derivă dintr-un anumit diagnostic orientează decisiv maniera de intervenție (e.g. la elevul ambliop, activitățile de educație vizuală sunt concepute și planificate într-un fel dacă pierderea de vedere s-a stabilizat și altfel dacă afecțiunea răspunzătoare de deficiență continuă să evolueze negativ). Intervenția psihopedagogică succede celei medicale și pornește nu atât de la limitele cazului, cât de la potențialitățile acestuia (v. conceptul de „zonă a proximei dezvoltări”). Prin urmare, medicii și defectologii nu sunt adversari, ci parteneri, care înțeleg să se respecte și să se sprijine reciproc. Dobândirea unui bagaj minim de cunoștințe privind celălalt domeniu asigură premisele acelei mult-dorite interdisciplinarități fără de care orice pretenție de abordare complexă a cazului rămâne la nivelul de simplu deziderat.

DIAGNOZĂ ȘI PROGNOZĂ ÎN DEFECTOLOGIE

2. 1. SPECIFICUL DIAGNOZEI PSIHICE ÎN DEFECTOLOGIE

Căutând argumente pentru a demonstra existența unui specific al diagnozei psihice la persoanele cu dizabilități, ar trebui să începem cu analizarea atentă a solidității conceptului de „distribuție normală”¹. În teoria probabilităților, repartiția Gauss – Laplace nu este altceva decât o repartiție-limită către care tind, în anumite condiții, celelalte repartiții (V. Clocotici și A. Stan, 2000), graficul funcției densitate de probabilitate f fiind cunoscut sub numele de „clopotul lui Gauss”. Adolphe Quételet adapta teoria probabilităților la necesitățile științelor sociale, transpunând datele măsurătorilor antropometrice, abundente în epocă², în formatul statistic abstract al funcțiilor matematice. Succesul distribuției normale în psihologie i se datorează însă lui Francis Galton³ care, în cadrul laboratorului său de antropometrie, a acumulat o cantitate enormă de date referitoare atât la indicii somato-staturali, cât și la senzorialitate (auz și văz). F. Galton a fost preocupat nu numai de sistematizarea datelor empirice, dar și de corelarea acestora (muncă definitivată de discipolul său, Karl Pearson). Psihologia, aflată încă în etapa constituirii sale ca știință, avea nevoie, pe lângă un obiect de studiu bine definit, și de *metodă*. Ori două erau condițiile sine qua non ale realizării acestui deziderat: *instrumentul standardizat* și, respectiv, *tehnica de formalizare* a datelor. Metoda psihologică modernă și-a putut revendica statutul de demers științific abia în momentul când aceste două condiții au putut fi îndeplinite în mod satisfăcător. Îndoilele cu privire la caracterul obiectiv al metodei au apărut după depășirea euforiei perioadei de pionierat și ele nu aparțineau doar detractorilor noii științe, ci și acelor cercetători dedicați care constatau nepotriviri semnificative între datele

¹ Ar fi interesant de studiat transferul semantic al conceptului din domeniul matematicii în cel al științelor sociale, în particular în cel al psihologiei.

² Consecință pozitivă a freneziei măsurătorilor frenologice.

³ Acesta nota, în 1888, că distribuția normală nu e, nici mai mult, nici mai puțin, decât „legea supremă a Nerațiunii. Ori de câte ori un eșantion cuprinzător de elemente haotice este selectat și aranjat în ordinea mărimii acestora, o nebănuită și superbă formă de regularitate se dovedește a fi fost latentă tot timpul” (*apud* R. J. Gregory, 1992, p. 77).

investigațiilor clinice și predicțiile teoriei. Disputele persistă și astăzi, după cum am văzut, între adepții orientării nomotetice și cei ai orientării idiografice (C. B. Buică, 2004b).

Inconvenientul cel mai stânjenitor al metodei îl constituie apariția unui veritabil *cerc vicios*. Distribuția normală este, în fapt, un construct, un model ideal al unei realități imperfecte, la fel cum, în geometrie, de pildă, sfera, cubul și piramida echilaterală reprezintă „esențe” ale formelor naturale. Căutăm un ideal atât în plan fizic (constituția athletică), cât și psihologic (individuația), atât în plan individual (eroul), cât și social (utopia). Dacă apreciem măsura în care oamenii se apropie de aceste repere, observăm că marea lor majoritate se încadrează în intervalul valorilor medii. Datele empirice referitoare la caracteristici mintale și comportamentale accesibile experimental par a confirma modelul teoretic. De aici și până la inferența logică nu mai rămâne decât un pas: este de *așteptat* ca și alte trăsături psihice, mai greu de definit și de explorat, să aibă o distribuție statistică asemănătoare. În consecință, instrumentele psihologice menite să le pună în evidență (testele) sunt construite conform acestei expectanțe. Abaterile de la simetria distribuției normale sunt interpretate mai degrabă ca defecte ale testului, ale procedurilor de administrare, ale tehnicilor de eșantionare ori ale modalităților de colectare, organizare, prelucrare și interpretare a datelor. Manipularea colecției de date în aceste condiții nu face decât să întărească o reprezentare apriorică asupra realității și să perpetueze o paradigmă⁴.

De aici a rezultat convingerea că „mesajul” propus oamenilor trebuie conceput în raport cu aptitudinile, gradul de înțelegere, interesele și cultura majorității pentru a avea succesul scontat. Evaluarea răspunsului presupunea, în mod firesc, instrumente calibrate pentru acest tip de „mesaj”, adică chestionare, liste de control (*checklists*), teste de cunoștințe sau probe psihometrice care să coreleze cu conținuturile furnizate. Ori, în timp, s-a observat o aglomerare a valorilor statistice în jurul mediei, consecință inevitabilă a acomodării, prin mecanisme de feed-back negativ, a subiecților la „mesaj” și a „mesajului” la aceștia. Treptat, paradigma „distribuției normale” a început să-și creeze singură argumentele necesare justificării rațiunii de a fi (*ibid.*, pp. 172-173).

În învățământul de masă, curriculumul național răspunde, de asemenea, unor nevoi medii, care sunt, în esență, deziderate ale unei societăți supuse „distribuției normale”. Complementar, cei aflați la extremele curbei (copiii „excepționali”) sunt tratați drept cazuri marginale, atipice, într-un cuvânt, *anormale*, pentru care

⁴ „În procesul construcției testului, curba normală este considerată mai degrabă problemă metodologică decât fapt constatat empiric. Ori de câte ori o distribuție non-normală este obținută pe un eșantion standardizat, reacția uzuală este aceea de a începe revizia testului. Majoritatea testelor au fost ajustate în mod deliberat astfel încât să ofere o distribuție ce aproximează curba normală în cazul populației pentru care au fost concepute” (A. Anastasi, 1965, p. 39). Reducționismul metodologic reprezintă, în psihologie, calea cea mai ușoară către dogmatismul științific, deoarece justifică teze pe baza unei factualități superficial studiate și tendențios interpretate.

„mesajul” obișnuit nu mai are relevanță. Soluțiile sunt căutate în cadrul aceleiași paradigme a distribuției normale. De exemplu, considerând categoria deficienților mintal, o parte dintre aceștia pot fi integrați, cu ajutor specializat, în învățământul de masă, în timp ce o altă parte (imbecilii și idioții) sunt plasați în cămine-spital (actualmente, centre de plasament pentru copiii cu handicap sever). Restul, adică majoritatea, primesc un nou „mesaj” comun, în speță un sistem unitar de conținuturi, metode și evaluări (curriculum adaptat), propriu școlii speciale. Activitatea frontală în clasele pentru deficienți mintal a demonstrat însă că, indiferent de acuratețea procedurilor de diagnoză psihică, omogenizarea colectivelor școlare devine practic imposibilă, deoarece, pe de-o parte, deficiența mintală nu este o entitate singulară⁵, iar, pe de altă parte, decizia de repartizare se rezumă la un set restrâns de criterii, dintre care valoarea coeficientului de inteligență este decisivă. Profesioniștii în domeniu (profesori sau terapeuți) au constatat rapid că, fără personalizarea programelor de intervenție, șansele de succes ale recuperării sunt minime, iar întreaga strategie educativ-terapeutică se reduce la aspectele formale.

Astfel, în defectologie, teoriile explicative și strategiile educativ-recuperatorii sunt permanent supuse probei realității, ceea ce creează o presiune deosebită atât asupra practicienilor, cât și asupra teoreticienilor, cu consecințele discutate în capitolul anterior. Efectul cel mai important este însă caracterul extrem de dinamic imprimat acestei discipline psihologice, varietatea extraordinară de studii, abordări și tehnici reprezentând fermentul viitoarelor concepții teoretice care să sistematizeze cantitatea enormă de informație aflată actualmente în circulație pe plan internațional⁶.

Ajungem în felul acesta la fondul problemei, anume dacă există sau nu un specific al diagnozei psihice în defectologie. Opinia noastră este că nu putem vorbi despre o psihodiagnoză „specială”, separată de tehnicile și procedeele uzuale de testare și evaluare, dar, în mod cert, se remarcă un specific al acestei activități. Argumentele noastre sunt următoarele (*ibid.*, pp. 180-181):

⁵ „În stadiul actual al cunoștințelor asupra acestui domeniu, ținând seama de polimorfismul clinic și mai ales de natura extrem de variată a acestor stări, considerăm că noțiunea singulară de ‘deficiență mintală’, ‘arierajie’ sau ‘oligofrenie’ este folosită numai pentru comoditatea comunicării, domeniul cuprinzând un grup eterogen de stări, fapt care impune denumirea de *deficiențe mintale*, respectiv *arierajii mintale* sau *oligofrenii*” (Ș. Ionescu, în I. Radu, 1983, p. 272). Detalii, în capitolul 6.

⁶ Remarcăm cu regret că, deși există un progres incontestabil în ultimii 13 ani, la noi în țară se face încă prea puțin pentru diseminarea informațiilor de actualitate. Din cauza caracterului oarecum „ezoteric” al disciplinei și datorită constrângerilor financiare, revistele și cărțile de specialitate apar cu mari dificultăți și în tiraje limitate, ceea ce conduce la „insularizarea” experiențelor în domeniu și la izolarea specialiștilor. Asistăm prea des la situații în care organizații non-guvernamentale lipsite de experiență se angajează în activități de educare și recuperare a copiilor cu handicap, ignorând faptul că avem atât specialiștii, cât și formatorii necesari în domeniu.

- procesele, funcțiile și stările psihice ale persoanelor cu dizabilități, chiar dacă nu sunt esențial diferite de cele ale oamenilor obișnuiți, se manifestă sau interrelaționează diferit (compensarea intra- sau intersistemică mascând uneori amploarea deficitului);
- caracterul heterocronic al dezvoltării psihice generează disfuncții importante la nivelul global-integrator al personalității, ajungându-se până la stări de decompensare;
- perioadele de stagnare sau regres în dezvoltarea psihică sunt frecvente;
- deficiențele pure sunt rare, aceasta însemnând că numărul variabilelor ce influențează răspunsul la un test este greu de evaluat și controlat;
- varietatea extraordinară a formelor clinice îngreunează încadrarea taxonomică exactă a dizabilităților constatate;
- persoanele cu dizabilități au, în general, o labilitate mai mare a conduitei în timpul examinării psihologice, cu repercusiuni asupra validității rezultatelor;
- deficiența și handicapul sunt entități diferite ce impun evaluări diferite;
- testele elaborate pentru populația normală au limitări severe (referitoare la construct⁷, instructaj, itemi, cotare, etalon) atunci când sunt aplicate persoanelor cu dizabilități;
- în deficiențele polimorfe, tehnicile psihodiagnostice curente devin inoperante (surdo-cecitate, deficiență mintală profundă, autism);
- psihodiagnoza de stare este în mod constant insuficientă, deoarece persoana cu deficiență (îndeosebi dacă este copil) nu prezintă un tablou simptomatologic suficient de elocvent pentru capacitățile/incapacitățile reale;
- psihodiagnoza etiologică este adeseori precară, cauzele precizate ale unei deficiențe sau stări de handicap fiind puține.

Într-un articol frecvent citat în literatura defectologică⁸, Emil Verza enumera condițiile necesare unei diagnoze psihice valide în defectologie:

- diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale (implicate în producerea handicapului);
- depistarea factorilor etiologici;
- determinarea rolului factorilor socio-culturali și familiali;
- estimarea nivelului de handicapare în raport cu datele cuantificabile ale gravității deficienței;

⁷ Constructul reprezintă un concept rezumativ al unei clase de fenomene, relații, obiecte etc., cu rol de element constitutiv al unei teorii științifice sau al unui instrument de investigare. Nu este direct observabil, nefiind o entitate materială, ci o abstracțiune a cărei măsurare fumizează, indirect, informații despre realitatea fenomenologică, relațională, obiectuală etc. presupusă (cf. J. L. Cronbach. 1970. *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper & Row).

⁸ E. Verza (1987). Psihodiagnoza și prognoza în defectologie. *Revista de psihologie*, 4, 293-301.

- evaluarea prognostică, ca și a șanselor optime de influență corectivă, prin elaborarea unui tip specific de metodologie compensativ-récuperatorie.

Este important de reținut că, în defectologie, „diagnosticul stărilor de handicap nu poate fi decât un diagnostic complex, bazat pe investigații multiple” (Gh. Radu, 1999d, p. 61). O evaluare comprehensivă nu se poate face decât în urma examinării longitudinale, luând în analiză toate variabilele psiho-individuale și psiho-sociale ce pot influența, pozitiv sau negativ, trendul dezvoltării.

Pe baza celor de mai sus, considerăm că obiectivele principale ale psihodiagnozei în defectologie sunt:

- depistarea cauzelor răspunzătoare de starea de deficiență sau handicap;
- rafinarea metodelor și procedeele privind diagnoza diferențială;
- identificarea atât a domeniilor de maxim deficit, cât și a celor mai bine păstrate, pentru obținerea informațiilor necesare elaborării unui plan de intervenție personalizat;
- investigarea zonei proximei dezvoltări, prin metodele psihodiagnozei formative, cu scopul evaluării potențialului de dezvoltare și recuperare al subiectului în cauză;
- evidențierea posibilităților de compensare intrinsecă sau extrinsecă a stării de deficiență/handicap;
- stabilirea premiselor psiho-individuale necesare unei bune orientări școlare și profesionale.

Constrângerile conceptuale și metodologice impuse de paradigma distribuției normale se dovedesc caduce în cazul psihodiagnozei defectologice, maniera idiotetică de evaluare impunând ca, la copii și tineri, competențele potențiale să fie valorizate superior în raport cu performanțele constatate în cursul evaluării inițiale (de pre-învățare sau pre-terapeutice).

2. 2. PROBLEMATICA DEPISTĂRII PRECOCE ȘI A DIAGNOSTICULUI DIFERENȚIAL

Screening-ul stărilor de deficiență și handicap reprezintă, în momentul de față, procedura cea mai eficientă de depistare precoce a acestora. „Ideea centrală este aceea că depistarea timpurie a unor deficiențe în planul dezvoltării psihice și comportamentale a copilului determină luarea unor măsuri imediate de tratament educațional și terapeutic-recuperator, prevenind astfel instalarea unor abateri grave, greu recuperabile și chiar irecuperabile” (N. Mitrofan, 1997, p. 123).

Din păcate, instrumentele adecvate sunt greu de procurat, uneori având prețuri prohibitive (e.g. testele pentru screening-ul genetic). Accesibile sunt scalele de dezvoltare și listele de control, însă valoarea lor diagnostică este limitată.

Preluăm⁹ (*apud* A. Băndilă, 1995) un model metodologic de depistare – evaluare timpurie a dizabilităților ce ar putea oferi informații referitoare la ponderea globală a cazurilor de persoane cu dizabilități, ponderea diferențiată a acestora pe categorii de deficiențe și ponderea stărilor de dizabilitate în funcție de forma exteriorizării lor (deficiență, incapacitate, handicap). Strategia este structurată pe trei etape succesive, fiecare individualizându-se printr-o configurație proprie a următorilor parametri: obiectul investigației, scopul triajului, metodologia utilizată, personalul implicat și forma de monitorizare.

- Într-o primă etapă sunt examinați toți subiecții grupului selectat, recurgându-se la metoda observației dirijate. Scopul este acela al identificării rapide a copiilor cu dizabilități potențiale. Alături de defectolog sau psiholog, participarea unor persoane din anturajul copiilor este de dorit (acestea furnizând indicii anamnestice prețioase).
- În etapa următoare, copiii cu dizabilități probabile, înregistrați în fișierul de manevră, sunt investigați în vederea formulării diagnosticului de certitudine. Medicul pediatru este cel mai în măsură să sesizeze aspectele somatice și fiziologice ale deficienței, în timp ce psihodiagnosticianul pune în evidență repercusiunile din sfera vieții psihice. Cazurile cu dizabilitate confirmată sunt arhivate separat.
- În ultima etapă, dosarul personal al copilului este completat cu examinările clinice și paraclinice necesare, precum și cu alte documente (ancheta socială, fișa psihopedagogică etc.). Diagnosticul și prognosticul sunt clar precizate.

În principiu, nu trebuie să existe nici un hiatus între momentul diagnostic și activitățile terapeutice ulterioare. Depistarea, diagnoza și recuperarea stărilor de deficiență/handicap trebuie înțelese într-o corelație procesuală, fiecare dintre aceste etape aflându-se în sfera de influență a celor învecinate. Un astfel de proces ar trebui să aibă următoarea structură¹⁰:

- *trierea (screening)*: depistarea acelor copii dintr-o populație-țintă care nu fac față cerințelor minime de adaptare la ambient și/sau la grupul de apartenență;
- *precizarea necesităților copiilor pentru servicii educaționale specializate*: copiii selectați în etapa anterioară sunt examinați cu atenție de către specialiștii echipei multidisciplinare, iar diagnosticul de certitudine este formulat;
- *planificarea programului de intervenție (educațională și/sau terapeutică)*: în cadrul echipei multidisciplinare, programul de intervenție personalizat este construit având în vedere parametrii diagnostici, limitările prognostice, capacitățile restante, resursele educaționale, tehnologice și umane disponibile;

⁹ Variantă adaptată conformă necesităților noastre. Pentru forma originală, v. referința bibliografică.

¹⁰ Adaptat după G. L. Cohen și J. L. Spenciner (1994). *Assessment of Young Children*. London: Longman.

- *monitorizarea evoluției*: există atât o evaluare de etapă, cât și o evaluare continuă, cu rol de supraveghere atentă a eficienței programului, intervenindu-se cu modificările de rigoare ori de câte ori se constată necesitatea unor ajustări;
- *evaluarea programului*: se face în momentul încheierii acestuia, atunci când trebuie să se ia o decizie cu privire la viitorul copilului și la oportunitatea inițierii unui nou program sau a reorientării școlare.

Elementul-cheie al unui astfel de proces îl reprezintă *psihodiagnoza diferențială*. În urma acesteia se poate formula diagnosticul de certitudine, pe baza căruia se poate concepe un program de intervenție personalizat. În lipsa unei analize comparative competente, reperele diagnostice critice pot fi trecute cu vederea, iar copiii vor fi incluși în programe terapeutice inutile sau chiar contraindicate. Din acest motiv, pe parcursul lucrării, vom insista asupra acestui subiect la momentul oportun. Acum vom spune doar că cerințele unei psihodiagnoze diferențiale de calitate sunt:

- experiența îndelungată în activitatea de diagnoză psihică;
- folosirea unor instrumente calibrate pentru examinarea copiilor cu deficiențe;
- cunoașterea aprofundată a cazului;
- urmărirea evoluției cazului.

Nu trebuie să uităm că „stabilirea diagnosticului este un proces complex, necesitând introducerea într-o suită logică a datelor, orientarea către un sindrom, corelarea cu elementele furnizate de alte examene medicale sau obținute prin explorări funcționale, în fine, stabilirea unui diagnostic prezumtiv, confirmarea sa în diagnostic definitiv și efectuarea diagnosticului diferențial” (C. Gorgos, 1988, pp. 107-108).

În cursul procesului de diagnoză psihică pot apărea o serie de erori care să altereze acuratețea investigației. Dintre cele mai frecvente putem cita următoarele:

A. Erori imputabile psihodiagnosticianului.

- examen psihologic precar (cauzat de lipsa unor instrumente adecvate, timpul scurt avut la dispoziție, neatenție sau concentrarea pe aspecte irelevante, ignorarea anxietății subiectului, instructajul superficial, interpretarea greșită a unor simptome, omiterea unor indicii anamnestice vitale);
- competență profesională redusă (lipsă de experiență clinică, insuficientă pregătire în specialitate, plafonare, confuzii ale simptomelor aparținând unor deficiențe diferite, erori de raționament, reduționism în punerea diagnosticului);
- trăsături temperamental-caracteriale nepotrivite (obtuzitate, vanitate, iritabilitate, rigiditate, neîncredere în competența proprie, neîncredere în examinările altora, lipsă a empatiei, incapacitate de recunoaștere a greșelilor proprii).

B. Erori datorate subiectului.

- vârstă mică (cu repercusiuni asupra înțelegerii instructajului, realizării mintale sau acționale a sarcinii, verbalizării trăirilor personale, stabilirii relației de comunicare cu psihologul, tolerării situației de examen);

- deficiență gravă sau severă (ce impiedică asupra relației de comunicare cu psihologul, înțelegerii instructajului, angrenării în sarcină și obținerii unor performanțe măsurabile);

- blocaje psihologice (demotivare, teamă, iritabilitate, agitație psihomotorie).

C. Erori cauzate de deficiența în sine:

- atunci când este rară;
- atunci când se asociază cu alte deficiențe;
- atunci când este mascată prin compensare internă;
- atunci când se exteriorizează asemănător altor deficiențe;
- atunci când se dezvoltă foarte lent, existând un interval mare de timp între debutul insidios și apariția simptomelor.

Din aceste motive, trebuie respectate o serie de reguli, sistematizate de Ursula Șchiopu în trei categorii (referitoare la limitele diagnozei psihice, la cunoașterea condițiilor ce pot altera investigația și, respectiv, la particularitățile activității psihice reflectate în valorile înregistrate la testare). Considerăm că cele mai importante dintre acestea sunt următoarele¹¹:

- la copii și la vârstnici, funcția de predicție a diagnozei psihice trebuie considerată relativă; cu cât vârsta subiectului este mai mică, cu atât valoarea datelor obținute este mai puțin credibilă; rezultatul unui examen psihologic este limitat în timp (valabilitatea sa fiind cu atât mai scurtă, cu cât vârsta subiectului este mai mică și cu cât evoluția deficienței este mai rapidă); diferențe semnificative apar datorită apartenenței la un sex sau la celălalt ori din cauza variațiilor tipurilor de personalitate; cazurile de limită sunt la limita capacității de discriminare a instrumentelor psihodiagnostice;

- acuratețea examenului poate fi alterată de: stresul subiectului, oboseală, subsolicitare, angoasă, stări depresive etc.; se mai pot adăuga diversele suferințe somatice, carențele nutriționale, dar și lipsa de educație, alienarea, traumele psihice; propriile preocupări, convingeri, reprezentări sau emoții ale psihodiagnosticianului; testarea propriu-zisă¹²;

- cele mai multe procese psihice nu pot fi investigate decât în mod indirect, ceea ce presupune un efort de interpretare; rezultatele testării reprezintă „cristalizări” ale fluxului psihismului; cazurile cu importanță defectologică sunt încadrabile mai greu în categoriile diagnostice uzuale.

¹¹ Pentru detalii, v. Ursula Șchiopu (2002, pp. 53-57). Adăugirile ne aparțin.

¹² Putem vorbi aici, fără teama de a greși, de un principiu al nedeterminării *sui generis*, în sensul că limbajul (oral sau scris) se comportă asemănător unei luminoase care, într-un experiment din fizica nucleară, interacționează cu particula. René Zazzo avea dreptate să considere că „limbajul intervine, într-o măsură mai mare sau mai mică, la toate nivelurile cunoașterii, atât în capacitatea de a discerne, de a diferenția datele perceptive, de a organiza și planifica o acțiune, cât și de a generaliza sau abstractiza. Structura gramaticală pe care limbajul o transferă gândirii noastre organizează lucrurile universului nostru, chiar și atunci când tăcem [...]. Îndată ce există un efort de diferențiere, de organizare, de prevedere, suntem tributari limbajului: ai unui limbaj interior, ale cărui cuvinte esențiale și melodii le percepem, ale cărui atitudini și reguli stabilite le aprofundăm” (apud H. Salvat, 1969, p. 35).

În defectologie, valoarea diagnozei psihice este încă și mai relativă, deoarece persoana cu handicap prezintă variații notabile de la o perioadă la alta, de la o vârstă la alta, „ca urmare atât a acumulărilor prin programele recuperatorii, cât și a dezvoltării funcției compensatorii ce se modifică în permanență sub influențele educației și activității. [...] La aceasta se adaugă și posibilitățile reduse de delimitare, în toate situațiile, a zonelor normale de cele deteriorate sau în curs de involuție inevitabilă spre deficiență” (E. Verza, *op. cit.*, pp. 293-294).

Adaptarea testelor clasice la particularitățile persoanelor cu handicap sau construirea de teste noi necesită reconsiderarea structurii itemilor și scalelor, a prezentării acestora, a instructajului, a coterii, a etalonării și a interpretării cantitative a rezultatelor. Practic, fiecare aspect privitor la constituția și validarea testului trebuie analizate în funcție de variabilele suplimentare datorate dizabilității specifice persoanei examinate.

Astfel de preocupări au apărut încă din primul deceniu al secolului trecut, vizând mai ales persoanele analfabete sau nevorbitoare ale limbii statului respectiv (situație devenită stringentă în Statele Unite, datorită influxului masiv de imigranți înregistrat în acea perioadă). Firesc, primele soluții au constatat în crearea unor probe nonverbale (de performanță), cu instructaj bazat pe mimico-gesticulație sau chiar lipsite de indicații datorită caracterului evident al probelor. Totuși, nu pot fi concepute teste nonverbale substitutive perfect echivalente cu cele verbale, deoarece ele nu măsoară aceeași trăsătură. De exemplu, analogiile spațial-vizuale nu presupun același lucru cu analogiile verbale (A. Anastasi, 1996). Mediatorii verbali sunt atât de profund implicați în devenirea psihologică a persoanei și în adaptarea ei la mediu încât pur și simplu nu pot fi înlocuiți. Mai mult, pentru că o evaluare psihologică *per se* are o valoare practică extrem de scăzută, lipsa informațiilor privind reacția la stimuli verbali sau operarea cu simboluri verbale devine insurmontabilă în demersuri precum orientarea școlară și profesională, consilierea psihopedagogică, evaluarea preterapeutică.

Gama de probe adaptate sau create pentru testarea persoanelor cu dizabilități este încă nesatisfăcătoare. Într-un capitol special dedicat acestui subiect, R. J. Gregory (1992) analizează avantajele și dezavantajele diverselor teste mai frecvent utilizate în Statele Unite. De pildă, Goodenough – Harris Drawing Test servește adeseori la măsurarea abilităților cognitive la copiii cu tulburări de limbaj. H-NTLA (Hiskey – Nebraska Test of Learning Aptitude) este o scală de performanță nonverbală aplicabilă copiilor cu vârste cuprinse între 3 și 17 ani și presupunând calcularea unui coeficient de învățare (mai precis, *deviation learning quotient*); se pretează la evaluarea copiilor cu deficiențe de auz, a celor cu tulburări de limbaj și a celor cu deficiență mintală. Raven's Progressive Matrices (probă nonverbală de inteligență pe care autorul o considera validă doar în combinație cu Crichton Vocabulary Scale¹³)

¹³ „În timp ce Testul Matricelor indică capacitatea actuală a persoanei pentru activitate intelectuală indiferent de cunoștințele dobândite, Testul de Vocabular oferă un indiciu referitor la achizițiile sale culturale generale” (J. C. Raven, 1961, p. 1).

oferă date suplimentare în ceea ce privește raționamentul prin analogie la copiii și adulții cu dizabilități fizice sau senzoriale. Discrepanța dintre scorul la probele de vocabular și cel de la probele de performanță la WISC este sugestivă pentru subiecții cu probleme în sfera limbajului. Peabody Picture Vocabulary Test (Revised) reprezintă una din probele standard în evaluarea psihologică a copiilor cu deficiențe neuromotorii, în special a celor cu paralizie cerebrală. Columbia Mental Maturity Scale a fost special concepută pentru a aprecia capacitatea de a raționa la copiii cu deficiențe motorii, senzoriale sau de limbaj; ultima revizie se adresează și celor cu paralizie cerebrală. Stanford – Binet a cunoscut o variantă destinată nevăzătorilor (Hayes – Binet), supusă unor multiple revizii; în 1980 a fost înlocuită de varianta Perkins – Binet, cu două forme: U (pentru subiecții cu restant vizual) și N (pentru cei cu cecitate sau cu resturi de vedere inutilizabile). Scalele de performanță Wechsler au fost și ele adaptate la specificul deficienței de vedere. Haptic Intelligence Scale for the Adult Blind (HISAB) constă în șase subteste, patru dintre acestea fiind asemănătoare unor probe din WAIS. Blind Learning Aptitude Test (BLAT) reprezintă o probă tactilă destinată copiilor nevăzători, cu vârste cuprinse între 6 și 16 ani; majoritatea itemilor (constituiți din puncte și linii în relief) au fost adaptați din Raven's Progressive Matrices și Cattell Culture Free Intelligence Test. În ceea ce privește deficienții mintal, așa cum vom vedea, criteriul psihometric nu este suficient deși reprezintă principalul reper taxonomic luat în considerare¹⁴. Vineland Social Maturity Scale a constituit primul instrument standardizat pentru evaluarea comportamentului adaptativ¹⁵; ultima revizie se numește Vineland Adaptive Behavior Scales. Scales of Independent Behavior (SIB) oferă posibilitatea evaluării multidimensionale a comportamentului adaptativ, cu implicații directe asupra psihodiagnozei deficienței mintale; de altfel, proba a fost standardizată și pe un eșantion adițional de peste 1000 de subiecți cu retard mintal, tulburări de învățare, tulburări de comportament și, respectiv, deficiențe de auz. Independent Living Behavior Checklist (ILBC) propune o listă de 343 de deprinderi necesare unei vieți independente (independent living skills), grupate în șase categorii, fiecare deprindere fiind caracterizată printr-un set de condiții de executare, un comportament expectat și un standard de referință. Mai frecvent folosite în evaluarea comportamentului adaptativ sunt următoarele scale: Adaptive Behavior Inventory for Children (ABIC), AAMD Adaptive Behavior Scale (ABS) și AAMD Adaptive Behavior Scale – School Edition. Balthazar Scales of Adaptive Behavior este destinată subiecților cu handicap mintal sever și profund. Bruininks – Oseretsky Test of Motor Proficiency servește la identi-

¹⁴ Vom vedea, de asemenea, că definiția deficienței mintale se referă nu numai la nivelul intelectual scăzut, ci și la deficiențe ale comportamentului adaptativ rezultante sau asociate, manifestate de-a lungul perioadei dezvoltării (cf. H. J. Grossman, 1983).

¹⁵ Cf. E. A. Doll (1953). *Measurement of Social Competence*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

carea și evaluarea disfuncțiilor motorii ale persoanelor cu handicap mintal sau cu alte handicapuri de dezvoltare.

La noi în țară, s-au remarcat unele inițiative laudabile de adaptare a unor teste clasice la necesitățile psihodiagnozei în defectologie. Din păcate, așa cum s-a întâmplat și cu alte instrumente, fie eșantioanele au fost nereprezentative (sau reprezentative pentru un segment socio-profesional îngust), fie probele au rămas în faza experimentală. De asemenea, lipsa unor kituri psihodiagnostice complete, accesibile profesioniștilor, a condus în practică la improvizatii și aproximări cu valoare epistemică și taxonomică îndoielnică.

2. 3. PREDICTIBIL ȘI IMPREDICTIBIL ÎN EVALUAREA DEFECTOLOGICĂ

Prognoza, în defectologie, este atât de scurtă, cât și de lungă durată. Validitatea fiecăreia dintre ele depinde decisiv de tipul și gradul deficienței, vârsta subiectului, mecanismele compensatorii și momentul începerii intervenției psihopedagogice. Există, de pildă, handicapuri cu etiologie precizată și iremediabilă (genetică sau traumatică) la care prognoza are mare stabilitate în timp. De exemplu, maladia Lou Gehrig (scleroza laterală amiotrofică) determină instalarea progresivă a unui handicap fizic, sindromul Usher conduce inevitabil la deficiență auditiv-vizuală, lezarea centrului motor al vorbirii (datorită unui accident vascular cerebral) are drept consecință apariția unei afazii expresive (motorii), afectarea traumatică sau chirurgicală a lobului cerebral frontal dă naștere unor tulburări grave în sfera personalității etc. Ca regulă generală, cu cât cauzele generatoare de deficiență/handicap sunt mai bine cunoscute și cu cât vârsta subiectului în momentul examinării este mai mare, cu atât validitatea prognozei este mai bună. Invers, cu cât etiologia este mai puțin precizată și cu cât testarea se face la o vârstă mai timpurie, cu atât certitudinea unei prognoze, chiar și de scurtă durată, este mai redusă.

Necesitatea unei bune prognoze reiese din caracterul de urgență al intervenției în stările de deficiență/handicap. Planificarea terapeutică și plasamentul educațional nu pot fi hotărâte în absența unei perspective viabile asupra evoluției ulterioare a subiectului. Formularea unui prognostic implică o mare responsabilitate, reprezentând punctul de referință al tuturor deciziilor și intervențiilor ce vor urma. Prin urmare, nu este recomandabil ca aceasta să fie concepută în termeni categorici, chiar și atunci când certitudinea asupra unui anumit traseu evolutiv este întemeiată.

Putem anticipa cu ușurință că, de exemplu, dezvoltarea inteligenței la copiii cu deficiență mintală se plafonează la vârsta pubertății ori că bâlbâiala, netratată până la adolescență, se transformă în logonevroză. Putem, de asemenea, anticipa cu mare grad de probabilitate că menținerea copilului într-un mediu școlar segregat îl împiedică să-și formeze deprinderile necesare vieții în societate sau că rezumarea deficientului de auz la limbajul mimico-gestual va avea drept consecință izolarea sa comunicațională. Ce nu putem

prevedea sunt nenumăratele influențe care se exercită în timp, singular sau multifactorial, asupra evoluției cazului, și nici mobilizarea interioară a subiectului în vederea depășirii handicapului. Sunt situații, frecvente în practica defectologică, când, de exemplu, doi copii care au aceeași valoare a coeficientului de inteligență nu fac față în același mod cerințelor școlare și sociale ori când doi adolescenți cu același tip și grad de handicap locomotor se mobilizează diferit în efortul de depășire a obstacolelor existenței cotidiene.

Este, de aceea, foarte interesant de observat că, deși prognoza trebuie să fie exclusiv idiografică, ea este, prin natura lucrurilor, preponderent nomotetică! Explicația acestei contradicții rezidă în elementul labil al oricărei previziuni, și anume *extrapolarea*. Plecând de la niște date inițiale, încercăm să intuim o stare de fapt viitoare. Orice futurolog știe că, pe termen lung, o predicție cu privire la evoluția societății rămâne un simplu joc intelectual. *Mutatis mutandis*, prognoza defectologică de lungă durată rămâne extrem de improbabilă, fiind imposibil de anticipat toate variabilele ce pot modifica un anumit trend developmental. Din acest motiv, apreciem în manieră statistică evoluția viitoare a unui subiect concret, bazându-ne pe analogii cu alte cazuri asemănătoare. Mult mai individualizată, și deci mai apropiată de adevăr, este prognoza de scurtă durată (cu valabilitate de cel mult 4-6 luni). Chiar și în cazul acesteia, sunt destule situațiile în care este dificil de făcut o predicție viabilă.

În concluzie, putem afirma că:

- cu cât procesul psihic investigat este mai complex, cu atât o predicție asupra evoluției sale ulterioare este mai hazardată;
- cu cât gradul de deficiență/handicap este mai profund, cu atât prognosticul negativ este mai ușor de formulat;
- cu cât subiectul prezintă mai multe dizabilități asociate, cu atât gradul de pesimism al prognozei crește;
- cu cât etiologia deficienței este mai puțin cunoscută, cu atât gradul de incertitudine a prognozei este mai ridicat;
- cu cât vârsta subiectului în momentul evaluării psihologice este mai mică, cu atât se poate spune mai puțin despre evoluția probabilă a cazului;
- cu cât datele obținute în urma examinării complexe a cazului sunt mai numeroase și mai precise și cu cât bateria de teste aflată la îndemână psihodiagnosticianului este mai bine calibrată la specificul defectologiei, cu atât validitatea prognozei sale este mai mare.

Orice prognoză trebuie să țină cont de *mecanismele compensatorii*. Adeseori, compensarea intrinsecă modifică nu numai tabloul simptomatologic al cazului, ci și evoluția sa ulterioară. *Bias*-ul datorat acțiunii vicariante a altor funcții și procese psihice nu poate fi evaluat corect decât recurgând la analiză calitativă. Aceasta necesită observație îndelungată și contexte diagnostice variate, motiv pentru care este puțin întâlnită în psihodiagnoza de stare.

2. 4. NECESITATEA PSIHODIAGNOZEI FORMATIVE ÎN DEFECTOLOGIE

Efortul nostru de a demonta argumentele ce susțin „mitul” infailibilității psihometriei nu trebuie înțeles ca lipsă de încredere în instrumentele psihodiagnostice, ci ca nevoie stringentă de a conștientiza limitele evaluării cantitative în defectologie¹⁶. Exemplul concludent al depășirii descriptivismului static al psihodiagnozei de stare îl reprezintă orientarea formativă. Bazată pe conceptul vâgotskian de zonă a proximei dezvoltări¹⁷, aceasta ne permite să sondăm potențialul de învățare (și, în consecință, de dezvoltare) al subiectului de vârstă tânără. Oferă, de asemenea, posibilitatea îmbinării organice a evaluării și instruirii pe tot parcursul derulării intervenției psihopedagogice, avantaj decisiv asupra examinării transversale.

În psihometria inteligenței, J. Piaget propunea „metoda explorării critice”, ce consta în introducerea unor date noi în rezolvarea testului, aflate în disonanță cu cele din situația inițială, urmărindu-se, printr-o chestionare dirijată, demersul cognitiv al subiectului în încercarea de soluționare a contradicțiilor logice rezultate (*apud* Șt. Szamosközi, 1997). Ipoteza era că disonanța cognitivă generează conflict intrapsihic, ceea ce, prin efortul intelectual depus, determină dezvoltarea mecanismelor cognitive și, deci, a gândirii. Studiind modul în care copilul reușește să valorifice starea de disconfort cognitiv, se pot afla informații valoroase cu privire la procesualitatea gândirii. Altfel, „măsurările clasice, finalizate printr-un IQ global, relevă produsul travaliului cognitiv, rezultatul procesării informațiilor, nu și variațiile procesului intelectual individual” (*ibid.*, p. 22).

Șt. Szamosközi (*ibid.*, pp. 22-23) analizează valoarea metodelor dinamice de diagnoză, care sunt centrate pe proces, și nu pe produs. Beneficiul este cel al scoaterii în evidență a potențialului de învățare al subiectului. Avantajele principale sunt că:

- pe de-o parte, se dinamizează relația dintre examinator și subiect (evaluatorul oferind sprijin copilului și urmărind modul în care acesta îl valorifică în situația de testare);
- pe de altă parte, se dinamizează testul însuși (devenind posibilă măsurarea câștigului cognitiv survenit datorită învățării dintre etapa pre-test și cea post-test);

¹⁶ C. Havârneanu (2000, p. 38 *sqq*) face o analiză critică a tendințelor de cuantificare în cunoașterea psihologică a persoanei. „Remarcăm importanța rezultatelor calitative ale testelor, mai mult decât rezultatele cantitative, a utilizării în examenul psihologic a testelor de personalitate și a tehnicilor proiective, unde interpretarea rămâne calitativă și în mai mică măsură statistică” (*ibid.*, p. 40). Conform lui T. Kulcsar (1978, p. 11), „analiza cantitativă a datelor adunate prin testare servește drept punct de plecare pentru interpretarea lor calitativă. Fără realizarea analizei calitative, singura în măsură să evidențieze eventualele neajunsuri sau calități ale inteligenței, activitatea de diagnosticare rămâne neîncheiată”.

¹⁷ Detalii în capitolul următor.

- diagnosticul este, de asemenea, formativ, devenind reper central în intervenție. Trei sunt caracteristicile sale importante:
- este mai comprehensiv, în sensul că face aceleași selecții și predicții ca și metodele clasice, dar oferă suplimentar informații despre profitul cognitiv al subiectului;
- este mai discriminativ, reliefând nu numai nivelurile intelectuale diagnosticabile și prin testele clasice, ci și diferențele intracategoriale;
- este mai util din punct de vedere psihopedagogic, orientând intervenția în direcția ameliorării optime a performanțelor intelectuale (ibid., p. 31).

Prin metodele dinamice de diagnoză psihică se încearcă, prin urmare, depășirea rolului constatativ al psihometriei clasice, important, fără îndoială, însă insuficient în psihopedagogia specială. „Este evident, deci, că studiind copilul pentru a-l putea mai bine stimula în procesul dezvoltării sale, pe lângă elucidarea nivelului la care el se află în momentul dat – adică, pe lângă delimitarea zonei dezvoltării sale actuale – este cel puțin la fel de importantă evidențierea ritmurilor specifice în dezvoltare, a vitezei cu care avansează în propria zonă a proximei dezvoltări” (Gh. Radu, op. cit., p. 68).

Orientarea formativă în psihodiagnoză ar putea constitui unul din elementele de conciliere a celor două abordări adverse în evaluare, *psihologică* și *pedagogică*, atunci când trebuie raportate la randamentul activității școlare. Cea dintâi este axată pe cunoașterea nivelului de dezvoltare a proceselor și funcțiilor psihice (cu precădere a celor implicate în învățarea cognitivă: inteligență, aptitudini, motivație, limbaj), pe sondarea personalității subiecților și pe aprecierea gradului de maturizare a relațiilor interpersonale. Copilul este văzut în calitate sa de persoană, și mai puțin ca performer al rolului de elev într-o structură socială puternic formalizată. Abordarea psihologică propune mai degrabă individualizarea demersului educațional și proiectarea acestuia în raport cu criteriile psihogenetice și psihodinamice¹⁸, decât subordonarea elevilor cerințelor normative ale procesului didactic. Psihologii uită uneori că, în viața socială, contează mai mult performanțele decât competențele, mai mult scorurile la teste de cunoștințe decât calitățile personale (e.g. admiterea în învățământul superior), mai mult conformismul la valorile de grup decât afirmarea eului. Pe de altă parte, pedagogii, mai conștienți fiind de presiunea socialului asupra individului, tind frecvent să-și fundamenteze evaluările pe examinarea produsului activității, și nu pe cea a procesualității învățării. Foarte rar întâlnim în școală cazuri în care, de pildă, un elev este notat pozitiv pentru modul în care a gândit într-o situație-problemă, chiar dacă soluția la care a ajuns s-a dovedit nesatisfăcătoare. „Principala cauză a insuficienței psihologice atât a caracterizărilor întocmite în formă liberă, cât și a celor realizate după șabloane fixe, este aceea că, în cadrul lor, se consideră drept criteriu esențial pentru descrierea elevilor nu particularitățile psihoindividuale ale intelectului,

¹⁸ Detalii, în capitolul următor.

afectivității, comunicării, personalității elevului, ci, mai degrabă, dimensiunea *finală* a activității, particularitățile *rezultatelor* activităților, adică nu cauzele, ci efectele. Este încă valabilă observația lui Alfred Binet¹⁹, [...] că educatorii emit judecăți apreciative cu privire la intelectul elevilor, ghidându-se după conduita la lecție, după efectuarea lucrărilor de acasă, după observațiile părinților, adică după o serie de aspecte externe, care imprimă caracterizărilor un caracter nedeterminat și contradictoriu" (P. Golu, M. Zlate și E. Verza, 1991, p. 196).

Evaluarea pedagogică măsoară nivelul acumulării de cunoștințe, transferul acestora în rezolvarea unor situații-problemă, gradul de conformism la normele comunicării școlare (ce precede comunicarea formală din viața socio-profesională de mai târziu). Fiind preocupată mai mult de învățarea-produs decât de învățarea-proces, evaluarea pedagogică prețuiește îndeosebi gândirea algoritmică, clasificarea rigidă a cunoștințelor, delimitările conceptuale de tip didactic. Realitatea nu este considerată ca un tot, ci împărțită pe discipline școlare, fiecare cu organizarea sa proprie: matematică, fizică, chimie, biologie, limba română etc. Nu acestea trebuie să se adapteze la specificul psihoindividual al elevului, ci elevul este nevoit să se conformeze cerințelor disciplinei respective. În funcție de succesul reușitei sale, pedagogii fac presupuneri cu privire la inteligența, creativitatea, motivația și chiar personalitatea acestuia. În cazul evaluării școlare, se pot naște conflicte profesionale între cadrele didactice și psihologul școlar datorate diferențelor de perspectivă: psihologul accentuează aspectele „invizibile”, intrapsihice, investigabile doar prin probe psihodiagnostice standardizate, în timp ce educatorul se interesează precumpănitor de produsele activității, adică de elementele materializate. Considerând aportul novator al psihodiagnozei formative, evaluarea *psihopedagogică* îmbină în mod fericit avantajele celor două abordări anterioare. Dacă în școala de masă, o astfel de soluție rămâne dezirabilă, în educația specială ea este indispensabilă. După cum arătam la începutul acestui capitol, paradigma „distribuției normale” devine inconsistentă în defectologie, accentul căzând pe personalizarea intervenției. În ultimul capitol vom vedea cum acest lucru trebuie să se întâmple și în cazul raporturilor individului cu societatea.

2. 5. ACTIVITATEA DE EXPERTIZĂ, TRIERE ȘI ORIENTARE ȘCOLARĂ ȘI PROFESIONALĂ

Activitatea de diagnoză psihică, în defectologie, are rareori scop epistemic, fiind dirijată de o serie de scopuri foarte concrete: plasament școlar (instituțional), eliberare de certificat doveditor al stării de handicap, avizare pentru prestarea unei anumite profesii etc. Rezultatele diagnozei psihice sunt consemnate în dosarul persoanei cu handicap, alături de alte informații

¹⁹ Cf. A. Binet (1911). *Ideile moderne despre copii* (trad. rom.). București: E.D.P., 1975.

(examene medicale, investigații paraclinice, anchetă socială etc.). Începând cu anii '90, formele de expertizare prevăzute de legislația românească s-au aliniat treptat la normele europene, procesul nefiind întotdeauna lipsit de polemici și inconsecvențe. Actualmente, deși putem vorbi de o structură modernă a acestei activități, sunt încă necesare eforturi de armonizare cu *acquis*-ul comunitar, în special în ceea ce privește consecințele din domeniul protecției sociale și, respectiv, integrării școlare. Lipsește încă o concepție unitară, acoperită factic, referitoare la finalitățile concrete ale activității de expertiză. Prezentăm, foarte succint, structura acestei activități, așa cum se desfășoară acum, cu precizarea că schimbările viitoare, de formă sau de conținut, sunt inevitabile.

Trei erau comisiile cu atribuții în expertiza și orientarea instituțională a copiilor aflați în dificultate²⁰ și/sau cu handicap (*apud* E. Vlad, 1999, p. 60 *sqq*)²¹:

- Comisia de Diagnostic și Triaaj (Ord. 1009/27.10.1992 al Min. Sănătății și al S.S.H.);
- Comisia pentru Protecția Copilului (O.G. nr. 26/1997);
- Comisia de Expertiză Complexă (Legea nr. 84/1995).

Comisia de Diagnostic și Triaaj (CDT) avea drept obiective:

- identificarea copiilor cu vârste între 0 și 18 ani ce necesită protecție specială;
- stabilirea tipului și gradului de handicap;
- orientarea spre Comisia de Expertiză Complexă (CEC) sau către serviciul public de specialitate, în funcție de solicitarea subiectului (pentru învățământ special sau protecție socială);
- respectiv, atribuții;
- examinarea cererilor privind încadrarea într-o categorie de persoană cu handicap necesitând protecție specială a copiilor cu vârste între 0 și 18 ani;
- emiterea certificatului privind încadrarea solicitantului în categoria corespunzătoare tipului și gradului de handicap constatat.

Orientarea spre comisie o putea face medicul de familie (la cererea părintelui), cadrul didactic sau personalul calificat din instituțiile de ocrotire, și se referea la următoarele categorii de cazuri: copii cu deficiențe senzoriale, fizice și mintale; copii cu afecțiuni somatice cronice; copii cu handicap sever ce nu pot fi îngrijiți în familie; copii abandonați; copii instituționalizați ce necesitau reorientare; copii cu tulburări de învățare; copii cu tulburări comportamentale. Componenta comisiei includea, pe lângă psiholog, un medic specialist în o.r.l. sau oftalmologie, un pediatru, un neuropsihiatru, un asistent social.

²⁰ Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 26/1997 înțelege prin sintagma „copil în dificultate” acel copil a cărui integritate fizică și morală este periclitată (art. 1, alin. 1). „Orice copil care, temporar sau definitiv, este lipsit de mediul său familial sau care, în propriul său interes superior, nu poate fi lăsat în acest mediu, are dreptul la protecție și la un ajutor special din partea colectivității locale” (art. 3, alin. 2).

²¹ O prezentare exhaustivă, în *ibid.*, cap. 4.

Comisia funcționează în cadrul policlinicilor județene sau de sector. Pe temeiul Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999 s-a constituit Comisia de Expertiză Medicală a Copiilor cu Handicap, responsabilă de încadrarea după grade de handicap a acestora, precum și de orientarea către programe individuale de recuperare și integrare socială.

Gradele de invaliditate (I, II și III) se acordă conform unor criterii medicale de încadrare în categoria de handicapat, după cum urmează:

- *Gradul I de invaliditate* se atribuie celor cu capacitate de autoservire pierdută (imobilizați la pat, datorită stadiului avansat al tulburărilor funcționale determinate de boală; cu amputație bilaterală a membrilor superioare/inferioare; cu discernământ abolit – oligofrenie profundă, psihoză; nevzători – cecitate absolută sau practică; dependenți de îngrijire și supraveghere permanentă din partea altei persoane).

- *Gradul II de invaliditate* desemnează incapacitatea de a desfășura o activitate conform rolului social corespunzător, în limitele vârstei, cauzată de unele limitări funcționale accentuate motorii, senzoriale, neuropsihice sau metabolice.

- *Gradul III de invaliditate* se referă la o diminuare a capacității de prestație fizică (motorie, metabolică) sau intelectuală, corespunzătoare unei deficiențe funcționale medii. „În ceea ce privește asimilarea pe grade de invaliditate, în cazul diverselor entități nosologice, trebuie precizat că nu boala în sine determină severitatea handicapului, ci gradul tulburărilor funcționale determinate de aceasta, în raport cu stadiul evoluției, de complicații etc. Deci, pentru aceeași boală, încadrarea în grade de invaliditate poate merge de la gradul III la gradul I” (G. Popescu și O. Pleșa, 1998, p. 173).

Comisia pentru Protecția Copilului (C.P.C.) se află în subordinea consiliilor județene ori a celor locale ale sectoarelor municipiului București, iar în componența ei intră: un președinte (în persoana secretarului consiliului județean, respectiv a secretarului primăriei de sector), doi vicepreședinți (directorul Direcției Generale de Muncă și Protecție Socială și directorul serviciului public specializat pentru protecția copilului) și câte un reprezentant al serviciilor publice specializate ale Ministerului Sănătății, Ministerul Învățământului, Ministerul de Interne și structuri guvernamentale răspunzătoare de persoanele cu handicap (actualmente, Autoritatea Națională pentru Protecția Persoanelor cu Handicap)²². În sfera de competență a comisiei intră toți copiii în dificultate, nu numai cei cu handicap. Persoana care efectuează ancheta socială trebuie să specifice motivele pentru care se solicită instituirea unei măsuri de ocrotire a copilului. Comisiile județene sunt urmașele fostelor comisii pentru ocrotirea minorilor.

Prin H.G. nr. 261/2000 privind reorganizarea instituțiilor, secțiilor de spital și a celorlalte unități de protecție specială a copilului în cadrul serviciilor

²² Denumirile, atribuțiile și organigramele acestor instituții se modifică frecvent, astfel încât datele prezentate au numai scopul de a familiariza cititorul cu complexitatea procesului expertizării.

publice specializate din subordinea consiliilor județene sau a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București au fost preluate de către direcțiile pentru protecția copilului următoarele tipuri de instituții:

- instituții de protecție specială a persoanelor cu handicap care asigurau îngrijirea, asistența, recuperarea sau, după caz, reabilitarea copiilor cu handicap;
- unitățile sau secțiile de spital profilate pe recuperarea copiilor distrofici, recuperare și reabilitare neuromotorie sau îngrijirea copiilor HIV+/bolnavi de SIDA;
- unitățile care îngrijeau copii în regim rezidențial și care funcționau în cadrul unităților de învățământ special.

Comisia de Expertiză Complexă (CEC) a apărut ca structură nouă în învățământul special o dată cu intrarea în vigoare a noii legi a învățământului (84/1995, cap. VI, art. 43): „tipul și gradul handicapului copilului se stabilesc de comisii de expertiză interșcolare și interjudețene, subordonate inspectoratelor școlare”. Art. 54 al aceleiași legi stipulează că „hotărârea de reorientare se face către comisia de expertiză, cu acordul familiei sau al susținătorului legal”. Atribuțiile CEC au fost definite după cum urmează (*apud* G. Popescu și O. Pleșa, *op. cit.*, pp. 299-300):

- ține evidența copiilor cu CES de pe raza județului/municipiului ori, după caz, dintr-o zonă a unei localități (comisiile de expertiză complexă interșcolare);
- realizează expertiza complexă a copiilor cu CES datorate unor deficiențe/handicapi și a persoanelor handicapate nedeplasabile, școlarizate la domiciliu, în vederea orientării sau reorientării lor școlare/profesionale;
- recomandă planul de învățământ și programele analitice care corespund potențialului de învățare al copilului cu CES dintre cele aprobate de Ministerul Învățământului pentru elevii din învățământul de masă;
- recomandă planul individual de studiu pentru școlarizarea la domiciliu în cazul unei persoane handicapate nedeplasabile, în vârstă de până la 30 de ani;
- realizează expertiza complexă a copiilor cu CES datorate unor dificultăți sau tulburări de învățare și/sau condiții negative de dezvoltare în mediul de viață și recomandă modalități de sprijin și servicii speciale necesare și disponibile;
- fundamentează și emite Recomandarea de orientare școlară a copiilor având CES;
- asigură reevaluarea periodică a situației educaționale a copiilor cu CES și emite, după caz, Recomandarea de reorientare școlară (activitate obligatorie semestrial la copiii de până la 8 ani și anual pentru cei în vârstă de 8-12 ani);
- fundamentează și emite Recomandarea de orientare sau reorientare profesională a absolvenților învățământului special, dar și a elevilor cu handicap care au absolvit ciclul gimnazial obișnuit;
- examinează și soluționează alte situații ce necesită expertiză școlară a copiilor cu CES din raza teritorială de responsabilitate;
- recomandă adaptarea unor conținuturi destinate învățării (în cadrul unor

programe analitice), în vederea elaborării unor programe de intervenție personalizată pentru elevii cu CES cuprinși în învățământul de masă;

- recomandă/avizează modalități de evaluare a progresului școlar în cazul elevilor cu CES etc.

Componenta echipei depindea de specificul cazului, fiind 7-9 membri permanenți (între care un profesor psihopedagog, desemnat coordonatorul comisiei, având specialitatea psihologie, psihopedagogie specială ori pedagogie, gradul didactic I sau II și o vechime minimă în învățământul special de cinci ani; un psiholog sau profesor psihopedagog cu experiență de cel puțin trei ani în psihodiagnoză; un profesor logoped din cadrul unui centru logopedic interșcolar, având o vechime minimă pe post de trei ani) și alți membri, cu rol consultativ (reprezentanți ai autorităților locale cu competențe în domeniul ocrotirii copiilor, medici având specializare în pediatrie, neuropsihiatrie infantilă, o.r.l., oftalmologie, ortopedie, precum și reprezentanți ai părinților ori ai unor asociații naționale de profil). „Echipa, prin persoanele de intervenție, asigură un sprijin permanent ce poate avea un caracter divers, începând cu cel medical, paramedical, până la ultima formă de sprijin oferită de comunitatea locală, sprijin ce se poate desfășura în școală sau în afara școlii, totdeauna în strânsă corelație cu specificul educațional” (E. Vlad, *op. cit.*, p. 70).

Categoriile de elevi cu CES avute în vedere erau: copii cu deficiențe senzoriale, fizice sau mintale, copii cu tulburări de limbaj, copii cu tulburări socio-afective și de comportament, copii autiști, copii cu tulburări de învățare, copii cu deficiențe asociate, precum și copii și tineri cu handicap nedeplasabili, în vârstă de până la 30 de ani, ce nu pot fi integrați în structurile învățământului obișnuit. La nivelul unităților de învățământ special funcționau comisii interne de expertiză complexă.

Prin Ord. nr. 1205/2001, comisiile pentru protecția copilului au preluat atribuțiile celorlalte comisii atât în ceea ce privește încadrarea copiilor cu CES într-o categorie de handicap, cât și recomandarea planurilor de servicii personalizate și orientarea școlară și profesională a acestora. Trebuie să spunem din nou că sunt încă schimbări de așteptat în acest domeniu²³, prelungind starea de provizorat, atât de dăunătoare coerenței educării, recuperării și protecției speciale a copilului cu dizabilități.

În ceea ce privește activitatea de orientare școlară și profesională, aceasta ia în considerare recomandările reieșite din examinarea complexă a cazului, situația ofertei școlare și profesionale, dar și opțiunile subiectului (aflat în cunoștință de cauză). Este parte a unui demers mai larg, *asistența psihope-*

²³ Planul Național de Acțiune cu privire la accesul la educație pentru copiii cu nevoi educaționale speciale (2004-2008) propune o serie de modificări ale Ord. 1205/2001 în sensul unei implicări mai mari a educatorilor și profesorilor din domeniul educației speciale, în condițiile în care evaluarea copiilor cu CES va cădea în sarcina Departamentului de evaluare din cadrul Serviciilor Publice Sociale.

dagogică complexă, care reprezintă o „activitate cu caracter interdisciplinar, desfășurată de către consilierul școlar (psihopedagog) în vederea sprijinirii elevilor, profesorilor și părinților în cunoașterea (autocunoașterea) personalității, în orientarea (autoorientarea) școlară și profesională și, pe ansamblu, în creșterea eficienței activității instructiv-educative” (Gh. Tomșa, 1999, p. 8).

Consilierul școlar²⁴ în învățământul special are o serie de atribuții și responsabilități care, în linii generale, sunt similare celor din învățământul de masă, fără să ignore însă specificul stării de handicap:

- Contribuie la definirea obiectivelor și identificarea nevoilor elevilor, acordă sprijin la elaborarea planurilor de intervenție, asistă la derularea acestora și ajută la evaluare.

- În cadrul consilierii individuale și de grup, îndrumă elevii în sensul dezvoltării conștiinței de sine, a deprinderilor de exprimare a ideilor, sentimentelor, trebuințelor și valorilor proprii. Furnizând informații relevante, el sprijină elevii în luarea celor mai bune decizii în ceea ce-i privește.

- Înregistrează, cumulează și sistematizează datele importante despre elevi și despre familia acestuia, atât în mod direct, cât și prin apel la celelalte surse (cadre didactice, asistent social, documente etc.). Ulterior, informațiile necesare sunt diseminate către persoanele îndrituite, în măsura în care notorietatea acestora nu afectează relația de confidențialitate dintre consilier și subiecții în cauză.

- Asistă elevii și părinții lor în edificarea asupra ofertei educaționale și profesionale, în raport, pe de o parte, cu dorințele și aspirațiile acestora, și, pe de altă parte, cu capacitățile și incapacitățile legate de deficiențele subiecților și de capacitatea lor de a le compensa. De asemenea, consilierul este în permanent contact cu conducerea unității de învățământ în ceea ce privește managementul educațional și proiectarea anumitor activități didactice, în special atunci când funcționează într-o școală de tip incluziv.

- Se preocupă de buna desfășurare a rutei educaționale a subiecților aflați în evidență, colaborând cu alți specialiști (psihopedagog, medic, asistent social etc.) atunci când este necesar. Se implică în transferul elevului în altă unitate de învățământ ori de integrarea lui socio-profesională, bunele relații cu alte instituții și cu comunitatea fiind indispensabile.

Ierarhia nivelurilor de competență a consilierului școlar²⁵ pornește de la culegerea datelor privind subiectul și consemnarea acestora în dosarul personal și se extinde către consilierea educațională și de orientare/informare școlară și profesională, consilierea psihologică individuală, consilierea psihologică de grup, ajungând la activități de consultanță a cadrelor didactice și a conducerii unității de învățământ, precum și la implicare în comunitate.

²⁴ Cf. H. W. Bernard și D. W. Fullmer (1977). *Principles of Guidance*. New York: Thomas Y. Crowell Co., Inc., pp. 135-136 (*apud* Gh. Tomșa, 1999).

²⁵ *Ibid.*, p. 133.

Referindu-se la domeniul particular al *orientării școlare și profesionale* a persoanelor cu handicap, Maria Neagoe (1992, p. 34) definea acest demers drept „activitate complexă, integratoare, cu un pronunțat caracter multidimensional, interdisciplinar, interinstituțional, care beneficiază de rezultatele unor cercetări din domeniile pedagogiei, psihologiei, biologiei, medicinei, sociologiei, ecologiei, economiei, științelor muncii, istoriei științelor”.

Bazându-se pe date privind dinamica pieței muncii, structura forței de muncă, schimbările socio-economice actuale și reglementările legale în domeniu, orientarea școlară și profesională își propune ca obiectiv general „educarea idealului de viață și profesional prin formarea unor capacități intelectual-adaptative, interese, aspirații, atitudini față de muncă și viața socială în general, astfel încât opțiunile, deciziile luate de tineri într-un moment important al vieții lor [...] să prezinte adecvat garanția dată de posibilitatea de a putea lucra, a se recalifica, de a rezista la șocul schimbării, de a opta în cunoștință de cauză pentru sectoare profesionale compatibile cu capacitățile lor psihofizice, cu nevoile de forță de muncă, cu schimbările și dinamica profesională prezentă la un moment dat în plan local sau/și național” (*ibid.*).

Legea nr. 53/1992 privind protecția specială a persoanelor handicapate conține și unele prevederi referitoare la orientarea școlară și profesională, calificare, sprijinirea încadrării în muncă și integrarea socială (art. 2, alin. c), precum și la asigurarea accesului liber și egal la toate instituțiile de învățământ obișnuit, „în raport cu restantul funcțional și potențialul recuperator” (art. 6, alin. a), respectiv la „încadrarea într-o activitate salarizată a persoanelor handicapate calificate prin învățământul obișnuit sau special, în locuri de muncă accesibile și cât mai aproape de domiciliul lor, în condițiile legii” (art. 6, alin. c). Legea nr. 57/1992 privind încadrarea în muncă a persoanelor handicapate reglementează modul în care acest lucru ar trebui să se facă. Ulterior, Legea nr. 84/1995 (Legea Învățământului) menționează în cap. VI, art. 46 că „Ministerul Muncii și Protecției Sociale, împreună cu alte organisme guvernamentale sau neguvernamentale cu preocupări în domeniu, asigură integrarea în viața activă, în forma corespunzătoare de muncă, a absolvenților învățământului special, potrivit calificării obișnuite și în condițiile prevăzute de legislația în vigoare”.

După cum realitatea o demonstrează, nu este suficient să existe dispozițiile legale necesare pentru ca încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap să se producă fără dificultăți. Consilierul școlar trebuie, în consecință, să discute realist atât cu tânărul, cât și cu aparținătorii acestuia, încercând să găsească împreună cea mai bună soluție în circumstanțele date.

Premisele unei bune orientări școlare și profesionale (OSP) a persoanelor cu dizabilități își au sorgintea în caracterul realist, adaptat și orientat teleologic al programul educativ-recuperator. I. D. Radu (1999, pp. 133-134) enumera o serie de cerințe, obligatorii pentru succesul activității de OSP de mai târziu:

- educarea unor atitudini și formarea unor trăsături pozitive de caracter, care să contribuie la diminuarea stării de handicap;
- încurajarea și sprijinirea permanentă și individualizată a elevilor pentru a depăși greutățile în însușirea cunoștințelor și în formarea deprinderilor;
- combaterea tendinței unor deficienți (mental, în special) de a nu depune efortul cerut și de a aștepta mereu sprijinul adulților;
- acomodarea elevului deficient cu activitățile de învățare (cognitivă și practică) desfășurate sistematic, într-un mediu organizat, guvernat de ordine și disciplină;
- obișnuirea acestuia cu regulile mediului școlar, dar și cu normele vieții sociale etc.

Elevii mai mari sunt datorii în mod suplimentar:

- să-și formeze deprinderi elementare de a învăța și de a munci organizat;
- să-și cunoască și să-și accepte propriul handicap și, concomitent, să depună efort voluntar în sensul diminuării acestuia;
- să conștientizeze posibilitățile limitate de alegere a unei meserii sau profesii preferate și să-și adapteze în consecință opțiunile la specificul capacităților fizice și psihice proprii;
- să știe cum să-și valorifice aptitudinile proprii, respectiv să-și compenseze deprinderile deficitare;
- să se informeze cu privire la oferta educațională/profesională actuală.

I. D. Radu (*ibid.*, pp. 134-135) identifică și cauzele dificultăților pe care mulți absolvenți ai gimnaziului le au în adaptarea la condițiile școlii profesionale speciale. Astfel:

- gama meseriilor din școlile profesionale speciale nu acoperă varietatea opțiunilor elevilor și nici măcar a capacităților lor, fie ele și limitate, dar pe baza cărora au primit o hotărâre de orientare profesională;
- programele analitice ale școlilor profesionale speciale nu sunt suficient corelate cu cele ale ciclurilor anterioare ale învățământului special, ceea ce le creează elevilor dificultăți suplimentare în însușirea cunoștințelor și deprinderilor practice proprii uneia sau alteia dintre disciplinele tehnice predate.

Maria Neagoe (*op. cit.*, pp. 35-36) analizează erorile mai frecvent întâlnite în activitatea de orientare școlară și profesională, menționând: neregnoașterea existenței unui specific al OSP în cazul persoanelor cu handicap ori, dimpotrivă, considerarea acestora ca demers aparținând unui sistem separat (segregat) de educare și recuperare, fără relevanță pentru cadrul socio-economic obișnuit; ignorarea necesității de individualizare a OSP atât în funcție de specificul handicapului, cât și de prognosticul recuperării sale; reducerea activității de OSP la un moment mai semnificativ, precum expertiza sau sfatul de orientare, sau la o semnificație particulară, cum ar fi cea de acțiune de recuperare; pierderea din vedere a faptului că, la copii și tineri, personalitățile sunt în plină formare și dezvoltare; ignorarea necesităților de reorientare a persoanelor cu handicap adulte; ignorarea necesităților persoanelor cu handicap neinstituționalizate; neimplicarea familiei în procesul de expertiză și

evaluare; lipsa unor specialiști, dar și a unor structuri organizatorice adecvate orientării școlare și profesionale a persoanelor cu handicap etc.

O altă problemă, rareori studiată sistematic, este cea a *expertizei psihologice în context judiciar*. Atunci când persoane cu handicap sunt implicate, ancheta judiciară capătă anumite particularități, derivate din însuși specificul deficienței/handicapului respectiv. Aspectele care trebuie discutate se referă, pe de-o parte, la reconstituirea actelor propriu-zise și a dispoziției psihice din momentul faptei (indiferent de postura de victimă sau făptuitor), iar, pe de altă parte, la maniera de interogare a persoanei cu handicap și de interpretare a elementelor cu valoare probatorie. „Psihologul expert judiciar recunoaște faptul că societatea trebuie apărată. El nu este cătuși de puțin un auxiliar necondiționat al puterii judiciare în funcțiune. El nu se situează pe poziția ‘apărătorului’ societății. Dar nici pe cea a ‘apărătorului’ individului: rolul său este de a informa nepărtinitor, adăugând necesarei neutralități a expertului pe aceea atât de des invocată a psihologului” (C. Dufлот, 1999, p. 26).

Rolul psihologului expert judiciar (bine delimitat în alte țări) rămâne totuși conflictual și ingrat: pe de-o parte, este considerat excesiv de conservator (prin invocarea frecventă a normelor și valorilor sociale), iar, pe de altă parte, pare excesiv de tolerant (prin căutarea unor circumstanțe psihologice atenuante). În sistemul Curții cu jurați, poziția incomodă a psihologului expert judiciar devine și mai clară atunci când el este supus tirului încrucișat al întrebărilor procurorului și apărătorului. De aceea, mai mult ca oricând, subiectivismul și nuanțările inerente examenului psihologic erodează calitatea depoziției expertului, evaluările lui fiind solicitate într-o formă cât mai tehnică posibil²⁶.

Implicarea persoanelor cu handicap într-o anchetă judiciară complica enorm situația. Nu vom face altceva în continuare decât să punctăm câteva dintre cele mai sensibile probleme:

A. *Specificul comunicării*²⁷:

- legat de formă (verbală – orală, scrisă, dactilă; mimico-gestuală; acțională; comportamentală);
- legat de structură (morfologie și sintaxă; valoarea cantitativă și calitativă a vocabularului activ și pasiv);

²⁶ Nu sunt puține cazurile în care expertizei psihologice, înaintată ca probă de către acuzare, îi este opusă o contraexpertiză psihologică din partea apărării.

²⁷ E. Verza (1990) analiza formele comunicării (verbală, gestuală, acțională și comportamentală) în contextul stării de handicap, evidențiind specificul și valoarea fiecăreia la nivelul integrator al personalității. Autorul postula existența unui *nucleu al energiei psihice* care „facilitează, atât la normali, cât și la handicapați, instalarea unor însușiri specifice ale personalității cu tipologii adecvate care transpar în forme comportamentale diversificate” (p. 12). Spre deosebire de normali, interacțiunea dintre aptitudini și atitudini este frecvent disfuncțională, „făcând posibilă exacerbarea unor variabile tipologice ce favorizează exprimarea formelor comportamentale și comunicaționale aberante” (*ibid.*, p. 13).

- legat de operare (raportul dintre reprezentările experienței perceptive și cele de tip verbal; gradul de maturizare a operaționalității mintale; nivelul funcției simbolice; atribuirea și utilizarea semnificațiilor; ponderea și valoarea elementelor ectosemantice).

B. *Specificul conduitei*²⁸: conștientă/inconștientă; voluntară/indusă; rațională/irațională; coerentă/haotică; premeditată/circumstanțială etc.

C. *Specificul activității psihice*: particularități ale proceselor, funcțiilor și stărilor psihice datorate deficienței sau handicapului.

D. *Specificul încadrării juridice*: civilă/penală; cu/fără pericol social; circumstanțe agravante/atenuante etc.

Toate acestea se adaugă celorlalte dimensiuni psihologice ale activității de anchetă judiciară, așa cum apar ele expuse în tratate de specialitate²⁹. Se știe că cele mai sensibile aspecte sunt cele privitoare la copii (grad de discernământ redus, sugestibilitate mărită, imaturitate afectivă, motivație labilă etc.); prezența deficienței/handicapului amplificând dificultatea cazului. Din aceste motive, considerăm că opinia unui defectolog într-o situație de felul acesta poate servi la soluționarea corespunzătoare a speței.

2. 6. PREVENȚIA STĂRILOR DE HANDICAP

OMS indică trei niveluri ale prevenției³⁰.

• Prevenția primară

Desemnează totalitatea actelor urmărind diminuarea incidenței unei maladii într-o populație determinată, prin reducerea riscului apariției de cazuri noi. Accentul cade pe măsuri de ordin profilactic (evitarea declanșării bolii sau a situațiilor generatoare de traume psihice și fizice prin eliminarea factorilor etiologici și prin aplicarea unor măsuri de educație sanitară și igienă mintală).

• Prevenția secundară

Se referă la totalitatea actelor destinate diminuării prevalenței unei maladii, prin reducerea evoluțiilor agravante și a duratei de manifestare. Are în vedere stoparea proceselor patologice răspunzătoare de deficiențele, incapacitățile și handicapurile consecutive. Esențiale devin depistarea precoce, supravegherea atentă și continuă a grupelor cu risc ridicat, promovarea sistematică și individualizată a măsurilor de educație sanitară și igienă mintală.

²⁸ Termen ce surprinde mai bine componenta socio-morală a comportamentului (cf. I. Străchinaru, 1995).

²⁹ E.g. N. Mitrofan, V. Zdrenghia și T. Butoi (1992). *Psihologie judiciară*. București: Ed. Șansa.

³⁰ Apud G. Popescu și O. Pleșa (op. cit., pp. 101-204).

- *Prevenția terțiară*

la în considerare totalitatea actelor având drept scop diminuarea prevalenței incapacităților cronice în cadrul unei populații date, reducând pe cât posibil invaliditățile funcționale consecutive maladiilor. Este cazul îngrijirilor medicale și paramedicale (kinetofizioterapie, ergoterapie, cure balneare etc.), respectiv al intervențiilor psihopedagogice.

Formele prevenției sunt: individuală și colectivă; referitoare la om, respectiv la ambient; medicală și socială. Inevitabil, prevalența estimată diferă de cea reală, cauzele fiind multiple: numărul limitat al cazurilor investigate; criterii diferite utilizate în aprecierea ponderii cazurilor examinate; intervale mari de timp între două măsurări succesive, având ca rezultat modificarea datelor situației („efectul de maturație”). Problema principală este reprezentată de alegerea criteriilor în funcție de care se fac apoi diversele raportări. Există accepții diferite cu privire la definirea stării de normalitate sau la delimitarea gradelor de deficiență/handicap, după cum sunt și dispute metodologice referitoare la relevanța unui tip de studiu sau altul. După datele OMS, circa 18 % dintre copiii cu vârstă mai mică de 15 ani prezintă o formă de deficiență sau handicap. În *Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap* (adoptate de către Adunarea Generală a Națiunilor Unite, cu ocazia celei de a 48-a sesiuni din 20 decembrie 1993, prin Rezoluția A/RES/ 48/96) există o mențiune expresă privind activitatea de prevenție, înțeleasă drept „acțiunea destinată împiedicării apariției deficiențelor fizice, intelectuale, psihiatrice sau senzoriale (prevenție primară) sau împiedicării deficiențelor ce determină limitări funcționale permanente sau incapacități (prevenție secundară)” (ONU, 1993, p. 9).

DEZVOLTARE, COMPENSARE, RECUPERARE

3. 1. CONCEPTUL DE DEZVOLTARE PSIHICĂ

Referindu-se la conceptul de *dezvoltare psihică*, M. Zlate (in P. Golu, M. Zlate și E. Verza, 1991, p. 27) formula următoarea definiție comprehensivă: „dezvoltarea psihică este procesul de formare și restructurare continuă a unor însușiri, procese, funcții și structuri psihocomportamentale prin valorificarea subiectivă a experienței social-istorice, în vederea amplificării posibilităților adaptative ale organismului”.

Prin urmare, aceasta are atât o dinamică continuă, psihicul fiind într-o permanentă augmentare și reconfigurare structurală, cât și o orientare teleologică flexibilă, adaptarea devenind posibilă datorită procesului conex al învățării.

Procesul „complex, plurideterminat și multifactorial” (*ibid.*, p. 28) al dezvoltării psihice este modelat conform unor norme reprezentate de *legile fundamentale ale organizării psihice* (apud C. Enăchescu, 1996a, p. 44):

- *legea dezvoltării*: „postulează caracterul derivat al vieții psihice, privind, pe de o parte, originea și geneza sa ca fenomen natural, iar, pe de altă parte, caracterul relativ și variabil, perfectibil în timp, al acesteia” (*ibid.*);
- *legea interacțiunii dialectice dintre cauzele/factorii externi și condițiile interne*: caracterizată prin specificitatea modului de recepție și prelucrare a stimulilor externi în funcție de condițiile proprii persoanei, de experiențele sale anterioare și de motivația ei actuală;
- *legea stadialității*: se referă la caracterul gradual al elaborării și dezvoltării tuturor proceselor psihice, stadiile¹ succedându-se într-o ordine ierarhică și stratificându-se prin diferențiere și specializare funcțională;
- *legea heterocroniei*: funcții psihice diferite se consolidează în etape de timp diferite;
- *legea heteronomiei*: „reflectă caracterul eterogen și contradictoriu al dezvoltării psihice” prin faptul că, pe de o parte, „în interiorul sferei psihice diferite componente ating niveluri diferite de dezvoltare și consolidare” și, pe de altă

¹ „Noțiunea de stadiu desemnează un ansamblu de caracteristici psihice bine conturate și diferențiate calitativ care ne permit să identificăm note asemănătoare la copii din aceeași perioadă de vârstă și note deosebitoare la copii plasați pe orbita unei perioade de vârstă diferite” (P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu, 1987, p. 43).

parte, că „una și aceeași funcție psihică poate avea niveluri de dezvoltare și consolidare diferite de la un individ la altul” (*ibid.*).

Exprimând natura organizării și dinamicii personalității, legile fundamentale ale organizării psihice denotă totodată și caracterul nomotetic al dezvoltării psihice. Acesta oferă posibilitatea decelării unei stadialități dezvoltamentale, caracterizată prin:

- constanța ordinii succesiunilor (cu toate că vârstele medii care le caracterizează pot varia de la un individ la altul sau de la un mediu social la altul);
- existența unei structuri de ansamblu, în funcție de care pot fi explicate aspectele particulare ale dezvoltării;
- caracterul integrativ și nesubstitutiv al acestor structuri, care decurg una din cealaltă și care se dizolvă una în cealaltă („fiecare rezultă din cea precedentă, integrând-o ca structură subordonată, și o pregătește pe următoarea, integrându-se în ea mai devreme sau mai târziu”²).

Dezvoltarea psihică este condiționată de o varietate mare de factori, aceștia fiind fie de natură endogenă (ereditari), fie exogenă (de mediu). Interacțiunea dintre cele două categorii de influențe se concretizează sub forma unor grupări multifactoriale diverse³, fenomen responsabil, în parte, de specificitatea traseului dezvoltamental al fiecărui individ. Din acest motiv este important de studiat modul în care dezvoltarea spontană a subiectului, generată ontogenetic, este potențată de stimulările aleatorii și de dirijările formale venite din partea mediului socio-cultural (în special sub forma aculturației și a educației instituționalizate), în scopul coroborării reciproc avantajoase a celor două categorii de influențe. Disputa *nature – nurture* devine, în fapt, premisa dezvoltării psihice echilibrate, sub acțiunea modelatoare a învățării.

3. 2. EVALUAREA NIVELULUI DEZVOLTĂRII PSIHICE; CRITERII PSIHOGENETICE ȘI PSIHODINAMICE

Strategiile educativ-terapeutice în defectologie impun cu necesitate cunoașterea prealabilă a specificului fiecărui caz, deci, în consecință, individualizarea intervenției psihopedagogice se bazează, înainte de toate, pe evaluarea datelor condensate în *profilul dezvoltării psihice*. Acesta reprezintă configurația particulară a dinamicii principalelor procese psihice, fiind caracterizat de cel puțin trei criterii, și anume: rata dezvoltării, ritmul dezvoltării și

² J. Piaget și B. Inhelder (1966, pp. 128-129).

³ Manifestate în cadrul sistemului epigenetic ce caracterizează creșterea în ansamblul ei, ca interacțiune între programul ereditar și influențele de mediu. Pentru detalii, v. Benjamin S. Bloom (1966). *Stability and Change in Human Characteristics*. New York: John Wiley; Gheorghe Oancea-Ursu (1998). *Ereditatea și mediul în formarea personalității*. București: Ed. All Educational.

gradul de coerență a acesteia⁴. Profilul *individual* al dezvoltării trebuie comparat cu cel *stadial* (etalon ce conține valorile statistice medii pentru un anumit interval de vârstă). Conform Valentinei Radu (*in* I. Radu, 1983, p. 32), scopul general al diagnozei nivelului dezvoltării psihice este „social-practic: stabilirea gradului de concordanță între caracteristicile intelectuale, afective, caracteriale etc. ale unui individ sau grup uman și cele definitorii pentru o dezvoltare psihică normală, urmărindu-se punerea în valoare și amplificarea posibilităților de manifestare pozitivă a personalității”.

Acumulările sau, dimpotrivă, regresiiile, precocitatea ori, din contră, retardul în dezvoltare pot fi evaluate și cuantificate prin raportare la doi indici fundamentali, și anume indicele maturizării și dezvoltării psihointelectuale, respectiv indicele maturizării și dezvoltării psihosociale (P. Golu, M. Zlate și E. Verza, *op. cit.*, p. 35). *Indicele psihointelectual* semnalează gradul de structurare și nuanțare a vieții psihice a subiectului, cu accent pe activitatea de asimilare cognitivă (implicată în mod special în învățarea școlară), în timp ce *indicele psihosocial* relevă evoluțiile apărute în plan atitudinal și comportamental, datorită multiplelor influențe de ordin relațional (interpersonal și de grup). Măsurarea nivelului dezvoltării psihice se realizează prin modalități de tip *psihometric*, *stadial-clinic* și *formativ* (V. Radu *in* I. Radu, *op. cit.*)⁵, iar aplicarea unei scheme eficiente de lucru în diagnoză presupune „a) reconstituirea caracterului unitar al personalității subiectului, ca suport indispensabil pentru diagnostic, chiar dacă ‘decizia’ finală vizează numai o arie restrânsă de variabile psihice; b) crearea, în toate cazurile în care este posibil, a condițiilor necesare orientării formative a investigației diagnostice de bază atât pentru predicții cu consistență crescută, cât și pentru indicațiile corective adecvate” (*ibid.*, p. 34).

⁴ După Pantelimon Golu și Ursula Șchiopu (*in* P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu, *op. cit.*, pp. 57-58), caracterul individual al dezvoltării psihice se exprimă în: ritmul, viteza și intensitatea cu care aceasta se desfășoară; conținutul său; continuitatea sau discontinuitatea ei; consumul energetic pe care îl presupune; rezonanța evenimentelor lumii exterioare asupra vieții psihice proprii; tăria sau fragilitatea psihică a subiectului în raport cu perturbațiile homeostaziei psihice; traseul (sensul) ascendent sau sincopat al procesului dezvoltării; momentul de activare a unor însușiri psihice; egalitatea sau inegalitatea manifestării diferitelor caracteristici psihice.

⁵ Cea dintâi necesită „operarea cu anumite standarde (norme) de dezvoltare, alcătuite pe bază statistică și exprimând distribuția normală, în populația avută în vedere, a caracteristicii psihodiagnosticate”, în acest scop recurgându-se la teste etalonate, precum și la tehnici de analiză factorială. Abordarea stadial-clinică „se bazează pe studierea caracteristicilor psihice dominante într-o perioadă de viață sau alta și duce la delimitarea unor stadii ale dezvoltării: intelectuale, psihomotorii, afective, morale”. Indicatorii luați în considerare se referă la conținuturi și forme de manifestare a unor trăsături specifice unei perioade date (cum ar fi conservarea cantității, a greutatei, a volumului etc.). Evaluarea formativă se concentrează pe conceptul de capacitate de învățare, „demersul diagnostic având ca elemente constitutive testul, parcurgerea unei perioade de învățare a rezolvării unei sarcini, retestul caracteristicii testate inițial, compararea nivelurilor testării și retestării pentru a vedea rata de progres realizată prin optimizarea curbei învățării” (P. Golu, M. Zlate și E. Verza, *op. cit.*, p. 36).

■ Prin urmare, evaluarea de finețe a profilului dezvoltării trebuie să depășească obișnuitele măsurări cantitative și să abordeze holistic și idiografic aspectele calitative emergente la nivelul personalității. Rezultă de aici nu doar o mai bună înțelegere a procesualității psihice, dar și premisele unei prognoze cu un grad mai mare de acuratețe.

Evaluarea traseului developmental al unui subiect concret trebuie să se facă într-o manieră idiotetică, raportând permanent particularitățile psihointelectuale și psihosociale individuale la *criteriile psihogenetice și psihodinamice* corespunzătoare perioadei de vârstă considerate. În timp ce criteriile psihogenetice oferă termenii de referință în ceea ce privește evoluția diverselor procese psihice la un moment relevant al dezvoltării (sfârșitul perioadei sugare, debutul pubertății etc.), criteriile psihodinamice furnizează indiciile necesare aprecierii gradului de conformitate sau, dimpotrivă, de abatere față de ritmul normal al dezvoltării. Ursula Șchiopu și S. Teodorescu (*in* I. Radu, *op. cit.*, p. 23) evidențiau tendințele comune manifestate în psihologia dezvoltării de a recurge la o identificare cât mai analitică de indici, concomitent cu preocuparea de a-i ierarhiza și de a pune accentul pe „latura dinamică a investițiilor psihice maximal active la un anumit moment dat al dezvoltării ontogenetice”. De asemenea, remarcă faptul că valoarea descriptivă a criteriilor o depășește pe cea explicativă, reperele psihogenetice fiind mai evidente în reacții și comportamente decât mecanismele care le presupun. Reiese de aici „dificultatea de a opera cu stadialitatea genetică pe parcursul întregii vieți, fapt care nu apare în cazul stadialității de vârstă – numită și stadialitate psihodinamică. Altfel spus, stadialitatea psihodinamică este mai operantă din perspectiva prezentării dezvoltării psihice pe durata vieții decât stadialitatea psihogenetică” (A. Cosmovici și L. Iacob, 1998, p. 34)⁶.

Mai trebuie adăugat faptul că deși ordinea stadiilor psihogenetice și a celor psihodinamice este identică, diferă ca formă, intensitate, durată și cronologie (*ibid.*).

Revenind la reperele psihogenetice, acestea sunt „instrumente operaționale psihologice ce au funcții de situaționare sau de indicare privind starea dezvoltării psihice la un anumit moment dat”, fiind fundamentate pe „generalizări și sistematizări complexe privind problemele psihicului și ale reacțiilor acestuia” (Ursula Șchiopu și S. Teodorescu, *in* I. Radu, 1983, p. 21).

⁶ „Între autori se constată o mare convergență în precizarea stadiilor psihodinamice ale ciclului vieții, în timp ce în privința criteriilor periodizării și a limitelor cronologice ale stadiilor și substadiilor părerile sunt mult mai diverse” (*ibid.*). Mai simplu spus, dacă cei mai mulți autori cad de acord că ceva important se întâmplă la o anumită vârstă, motivul pentru care acel ceva se întâmplă este diferit de la unul la altul, în funcție de paradigma și de interesul epistemic ale fiecăruia. Pentru detalii, v. Ursula Șchiopu și Emil Verza (1997). *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții* (ediția a treia, revizuită). București: E.D.P.

Trei sunt criteriile psihogenetice mai importante (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, pp. 31-33):

- tipul fundamental de activitate a subiectului⁷;
- tipul de relații interpersonale (ce exprimă structura evolutivă a adaptării și integrării sociale)⁸;
- specificul contradicțiilor dialectice dintre cerințele externe (socio-culturale) exprimate față de subiect într-o anumită etapă a dezvoltării sale și capacitatea acestuia de a le satisface, respectiv dintre trebuințele și aspirațiile individului și posibilitățile societății de a i le împlini⁹.

După Ursula Șchiopu și V. Piscoi (1987, p. 90), „stadiile dezvoltării psihice trebuie privite ca etape ale dezvoltării psihice incluse în determinismul social-cultural, complementare la programul dezvoltării prin ereditate care oferă ordinea de creștere, maturizare și declin biologic individual”.

Scalele de dezvoltare, ca instrumente de evaluare frecvent folosite în practica psihopedagogică, sunt construite tocmai luând în considerare aceste criterii, în funcție de care se fac diversele caracterizări necesare luării unei decizii referitoare la orientarea școlară sau la programul terapeutic de urmat în cazul unui subiect dat.

3. 3. GENERAL ȘI SPECIFIC ÎN DEZVOLTAREA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

Atunci când vorbim despre *dezvoltare psihică*, trebuie să remarcăm caracterul anti-entropic al acesteia, caracterizat prin achiziții cantitative și calitative atât în fiecare dintre domeniile psihice de referință (inteligență, afectivitate, limbaj, activitate etc.), cât și la nivelul global al personalității. Din acest punct de vedere, traseul developmental al copilului cu handicap urmează, în esență,

⁷ „Tipul fundamental de activitate – autoservire, joc, învățare, muncă – are o latură expresivă prin proiecția psihică ce o cuprinde și un rol formativ prin disponibilitățile psihice pe care le antrenează [...]” (Ursula Șchiopu și E. Verza, *op. cit.*, p. 32).

⁸ „Nu trebuie uitat faptul că nici o formă de comportament nu exprimă total disponibilitatea psihică și, cu cât relațiile sunt mai complexe și mai tensionate, în structura vârstelor, cu atât permit o mai complexă conturare a conștiinței de sine și a unor rezonanțe complexe ale vieții psihice [...] față de realitate” (*ibid.*).

⁹ „La aceste două categorii de contradicții se adaugă tensiunile și opoziția dintre structurile psihice vechi și noi (deprinderi, sentimente, interese), ca și dintre diferite laturi și caracteristici ale personalității (aspirații/posibilități, afectivitate, inteligență etc.), [precum] și între conștient și inconștient. Coerența în acest context de opoziții este dată de tendința naturală spre echilibru și, complementar, de tendința de apropiere dintre aspirații și idealuri (obiective) și posibilități, organizate în strategii comportamentale, activități și creație” (*ibid.*, p. 33).

același curs ca și în cazul celui normal¹⁰. Diferențele apar atunci când se compară competențele și performanțele copilului deficient cu cele considerate normale pentru vârsta respectivă (conform criteriilor psihogenetice și psihodinamice). Sunt situații în care evoluții pozitive evidente pentru profesioniști par ne semnificative dacă se apelează la standardele uzuale (de exemplu, formarea unor deprinderi de autoservire la copilul cu deficiență mintală severă poate fi considerată drept insignifiantă în comparație cu abilitățile copiilor normali, de aceeași vârstă cronologică). Aceasta nu trebuie să conducă la redefinirea criteriilor în funcție de obiectivele urmărite, ci la suplimentarea cadrului de referință cu acele elemente care să permită aprecierea mai corectă a evoluțiilor constatate (de exemplu, doi ani de întârziere în dezvoltarea mintală la vârsta biologică de patru ani nu echivalează cu doi ani retard la vârsta de zece ani). Evidențierea trăsăturilor generale și specifice ale dezvoltării la persoanele cu dizabilități trebuie, prin urmare, să țină seama de următoarele priorități:

- raportarea fiecărei evoluții observate la caracteristicile definitorii ale deficienței/dizabilității respective;
- luarea în considerare a fenomenelor compensatorii și pseudo-compensatorii ce pot modifica tabloul psihocomportamental manifest;
- conturarea trendului dezvoltării prin înregistrarea grafică a evoluțiilor observate;
- evidențierea valorii adaptative sau dezadaptative a evoluției constatate la un moment dat în raport cu capacitățile individuale, precum și cu cerințele socio-profesionale;
- ierarhizarea evoluțiilor constatate în funcție de semnificația lor actuală (în planul învățării școlare, al adaptării și relaționării sociale, al deprinderii unei meserii etc.), dar și în raport cu impactul lor pe termen mediu și lung;
- ajustarea programului educativ-recuperator în funcție de evoluțiile consemnate.

La persoanele cu dizabilități se pot constata atât elemente ce sunt comune dezvoltării lor de ansamblu (și care, de regulă, se referă la aspectele negative), cât și elemente ce rămân specifice fiecărei categorii de deficiență în parte. Manifestările îndeobște întâlnite constau în retard în dezvoltare, discrepanțe semnificative între nivelurile de maturizare a diferitelor paliere psihice, dificultăți de comunicare și relaționare interpersonală, capacitate scăzută de învățare și de

¹⁰ Gh. Radu (1999b, pp. 17-18) sublinia faptul că „școlarul handicapat nu are o viață psihică și cerințe educative fundamentale și principial diferite de cele ale elevilor fără handicap. Dimpotrivă, există o serie de trăsături comune ale dezvoltării tuturor copiilor obișnuiți și a celor cu diferite deficiențe, care, în procesul abordării lor, ne obligă la o atitudine de principiu și la un demers educativ asemănător – dacă nu chiar similar – ceea ce atrage după sine și necesitatea situării într-un cadru conceptual și terminologic apropiat, cu multe elemente comune”. Asemănările indiscutabile constatate nu implică în mod necesar negarea specificității stării de handicap.

adaptare, deficiențe la nivelul imaginii de sine. Pe de altă parte, în cadrul fiecărei categorii există manifestări specifice, cum ar fi tendința spre verbalism a deficiențelor de vedere sau concretismul gândirii la surzii nedemutizați. Formele particulare de exteriorizare și efectele handicapante generate depind nu numai de tipul deficienței în sine, dar și de trăsăturile psihoindividuale ale subiectului dat. În plus, specificitatea unei stări de handicap derivă și din contextul ambiental și social în care persoana respectivă trăiește. Cerințele referitoare la anumite performanțe psihomotorii, intelectuale, lingvistice sau relaționale pot accentua și consolida elementele deficitare, transformându-le în patternuri mintale și acționale greu de destructurat terapeutic. Acestea, în timp, își vor pune amprenta asupra întregii personalități a persoanei cu handicap, determinând un stil de viață inadecvat, ca expresie ultimă a specificității deficienței respective.

3. 4. RELAȚIA DINTRE DEZVOLTAREA PSIHICĂ ȘI ÎNVĂȚARE

În înțelesul său cel mai larg, învățarea este un „proces evolutiv, de esență informativ-formativă, constând în dobândirea (recepționarea, stocarea, valorizarea internă) de către ființa vie – într-o manieră activă, explorativă – a experienței de viață și, pe această bază, în modificarea selectivă și sistematică a conduitei, în ameliorarea și perfecționarea ei controlată și continuă sub influența acțiunilor variabile ale mediului ambiant” (P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu, *op. cit.*, p. 71).

Privită ca activitate de însușire de informații (latura informațională) și elaborare de operații (latura formativă), învățarea este, în raport cu procesele psihice, atât premisă, cât și produs. „Toate procesele sunt formate prin învățare (în sensul larg al acesteia, incluzând și educația) și totodată în activitatea de învățare fiecare din procese (percepție, gândire, memorie, voință) sunt antrenate ca mijloace” (P. Popescu-Neveanu, 1978, p. 394).

Din acest motiv, învățarea nu poate fi redusă la nici unul din procesele implicate, dar nici nu poate fi concepută în afara lor. Putem, astfel, considera învățarea drept o activitate concertată a mai multor procese psihice, orientată teleologic, hetero- sau automotivată, implicând angajarea întregii personalități. Asimilarea informațională este urmată de acomodarea operațională, ceea ce permite includerea organică a noilor achiziții în sistemul celor deja existente. „Învățarea școlară are un pronunțat caracter *secvențial* (presupune trecerea de la starea de neinstruire la starea de instruire, de la secvențe de instruire la secvențe de verificare sau refacere – dacă este cazul – a ceea ce nu a fost suficient de bine asimilat), *gradual* (implică parcurgerea unor sarcini didactice cu grade diferite de dificultate, trecerea de la simplu la complex, de la senzorio-motor la logic-abstract, de la recunoaștere la reproducere, de la asimilarea mecanică la asimilarea logică, rațională), *relațional* (se desfășoară în cadrul relației profesor-elev, înțeasă ca relație de comunicare)” (P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu, *op. cit.*, p. 73).

Pentru Pantelimon Golu (1985, p. 23), învățarea școlară „reprezintă forma tipică, specifică în care se efectuează învățarea la om, forma ei completă și cea mai înaltă, deoarece la nivelul ei învățarea nu decurge pur și simplu de la sine, ci este concepută, anticipată și proiectată să decurgă într-un fel anume ca activitate dominantă”.

Diversitatea tipurilor și formelor de învățare¹¹, precum și perspectiva asupra învățării școlare ca atare¹² sunt de natură să complice ecuația „învățare – dezvoltare”, mai ales dacă ținem cont și de efectele mitologizante ale diferitelor paradigme pedagogice clasice¹³. În principiu, relația dintre cei doi termeni este de reciprocitate.

„Relația dintre învățare și dezvoltare psihică nu este nici de independență a uneia în raport cu alta, nici de coincidență [...], ci de interacțiune și interdependență¹⁴” (P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu, *op. cit.*, pp. 74-75).

¹¹ Învățarea poate fi, în principal, didactică (de tip școlar, strict formală) sau socială (predominant informală) și diferă, ca formă, în funcție de: a) conținutul celor învățate (perceptivă, psihomotorie, cognitivă, afectivă, practică, morală etc.); b) modul de operare cu stimuli (învățare prin asociere, prin discriminare, prin repetare, prin generalizare, prin transfer); c) modul de organizare a informațiilor (algoritmă, euristică, programată, prin descoperire) etc. (cf. P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu, *op. cit.*).

¹² Dihotomia dintre învățarea prin cunoașterea – produs, în care palierul cognitiv este dominant, iar accentul cade pe instituționalizarea riguroasă a conținuturilor în planuri de învățământ, programe, orare, bareme, în care se face o distincție clară între profesor și elev, se practică comunicarea și relaționarea formală și se apelează la reguli stricte privind menținerea unei atmosfere de ordine și disciplină, respectiv învățarea prin cunoașterea – proces, în care „spectrul finalităților este echilibrat de ideea transformării, a evoluției cognitive, afective și acționale. [...] Învățarea este activă, i se asociază curiozitatea, intuiția și imaginația, precum și gândirea analitică și critică. Deprinderile nu blochează, ci asigură transferuri orizontale și verticale, specifice și nespecifice. Satisfacția și motivația intrinsecă însoțesc progresele în învățare” (I. Neacșu, 1990, p. 17).

¹³ E.g. paradigma teoriei unice a învățării, a respectării structurii obiectelor de învățământ în predare, a modului de însușire a cunoștințelor analog omului de știință, a legăturilor interpersonale asimetrice (ierarhice) între profesor și elev, a absolutizării conduitei raționale în învățare etc. Referindu-se la paradigma psihologiei genetice, Ioan Neacșu considera că „orice teorie a învățării nu se poate sprijini în totalitate și restrictiv numai pe legitățile dezvoltării stabilite până acum” (*op. cit.*, p. 11).

¹⁴ Cf. Lev S. Vâgotski (1934). Problema învățării și a dezvoltării intelectuale la vârsta școlară. În *Opere psihologice alese* (trad. rom.). București: E.D.P., 1971, I, pp. 311-323.

La rândul său, Ioan Nicola (1994, p. 88) concilia punctul de vedere *psihogenetic* cu cel *socio-cultural*¹⁵, subliniind că, „prin cerințele pe care le adresează și le impune, educația se află întotdeauna înaintea dezvoltării, aceasta apărând ca un efect al ei ce se exprimă prin schimbări calitative ce apar pe plan psihic, prin trecerea de la un stadiu inferior la unul superior etc. Pe de altă parte, formularea și dozarea exigențelor, atribute cu care este investită educația, nu se face întâmplător, ci pornind de la nivelul atins în dezvoltarea psihică, de la cunoașterea condițiilor interne acumulate până în acel moment. În această ipostază, dezvoltarea ne apare ca premisă a educației”.

Amintind de punctul de vedere vâgotskian, trebuie să mai facem apel la un concept, și anume la cel de *zonă a proximei dezvoltări*. Aceasta se definește drept ecartul dintre nivelul potențial de dezvoltare (atestat de performanța realizată sub îndrumarea unui adult competent) și nivelul actual al dezvoltării psihice (ce denotă capacitatea subiectului de a rezolva în mod independent o situație-problemă)¹⁶. Ca un corolar al legii fundamentale a dezvoltării funcțiilor psihice superioare, L. S. Vâgotski (1924-1934, p. 322) nota că, „în calitate de indiciu esențial, învățarea creează zona celei mai apropiate dezvoltări, adică provoacă, cheamă la viață și pune în mișcare o serie întreagă de procese ale dezvoltării, care acum sunt posibile pentru copil numai în sfera interrelației cu cei din jur și numai în cursul colaborării cu semenii, dar care, deschizând cursul intern al dezvoltării, devin apoi un bun interior al copilului”.

Existența unei zone ample a proximei dezvoltări reprezintă o condiție necesară evoluției psihice pozitive a copilului, dar nu și suficientă. A doua condiție obligatorie, respectarea perioadelor optime de învățare, derivă din

¹⁵ Pentru Jean Piaget (1969, p. 35), nivelul atins la un moment dat de către un copil în dezvoltarea intelectuală „denotă procese naturale sau spontane, în sensul că, deși acestea pot fi folosite și accelerate prin educație în familie sau în școală, ele nu se datoresc acestei educații, ci, dimpotrivă, constituie condiția prealabilă și necesară a eficienței oricărui învățământ (de pildă, la oligofreni nici cele mai bune forme de educație nu pot face să apară inteligența de care ei sunt lipsiți)”. L. S. Vâgotski nota că „mecanismul care stă la baza funcțiilor psihice superioare este o copie a socialului. Toate funcțiile psihice superioare sunt relații interiorizate de natură socială, sunt baza structurii sociale a individualității”, motiv pentru care „o organizare corectă a învățării copilului atrage după sine dezvoltarea lui mentală, cheamă la viață un șir întreg de asemenea procese ale dezvoltării care, în afara învățării, ar fi în general imposibile” (1924-1934, pp. 146, 322).

¹⁶ „Deosebirea dintre nivelul de rezolvare a sarcinilor accesibile, sub conducere, cu ajutorul adulților, și nivelul de rezolvare a sarcinilor accesibile activității independente definește zona celei mai apropiate dezvoltări a copilului” (L. S. Vâgotski, *op. cit.*, pp. 319-320).

existența asupra așa-numitelor perioade sensibile ale dezvoltării¹⁷. „Îndepărtarea de ele, în sus sau în jos, adică perioadele prea timpurii și prea târzii ale învățării sunt întotdeauna dăunătoare din punctul de vedere al dezvoltării, răsfrângându-se nefavorabil asupra cursului dezvoltării intelectuale a copilului” (*ibid.*, p. 302).

Deși învățarea cognitivă reprezintă principalul indicator al performanței școlare, nu mai puțin importantă este și *învățarea socială*. „Drept indicator al acestui proces putem considera: modalitățile de relaționare interpersonală a elevului; capacitățile de integrare în munca grupului și de îndeplinire de către elev a activității de învățare ca proces colectiv; strategii de raportare la norme și valori acceptate și promovate de grupul de apartenență; motivația pentru activitatea în comun; capacitatea de a corela motivațiile, aspirațiile și expectațiile personale cu cele ale celorlalți elevi și de a coopera cu ei; nivelul și calitatea intercunoașterii și autocunoașterii, priceperea de a se aprecia pe sine de pe poziția altui participant la activitate; măsura instalării judecății apreciative de valoare și a raționamentului cu caracter moral, ca modalități de raportare socială mediată față de sine și față de alții. Luați împreună, acești indicatori furnizează indicele global de maturizare socială a elevului, obținut în contextul învățării interpersonale și de grup” (P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu, *op. cit.*, pp. 60-61).

Spre deosebire de randamentul activității intelectuale, scrupulos evaluat prin calificative și note școlare, nivelul maturizării sociale a elevului nu apare menționat decât, eventual, în cadrul unor caracterizări mai mult sau mai puțin formale¹⁸. Atunci când „cei șapte ani de acasă” constituie etalonul empiric al judecăților de valoare asupra comportamentului elevilor sau când conformismul necritic la cutume și reguli¹⁹ este ridicat la rang de deziderat social în microgrupul școlar, devin inevitabile reacțiile de etichetare și sancționare a abaterilor de la norma comună. În aceste condiții, dacă ținem cont de faptul că disfuncțiile dezvoltării și învățării²⁰, ce reprezintă un numitor comun al mării majorități a copiilor

¹⁷ Idee preluată de L. S. Vâgotski din lucrările de ontologie animală ale lui De Frise, anume că „influențele specifice ale mediului, care au o valoare hotărâtoare pentru dirijarea dezvoltării într-un sens sau altul, își exercită acțiunea numai atunci când sunt aplicate într-un anumit moment al dezvoltării, înainte și după aceasta rămânând la fel de inconsistente” (L. S. Vâgotski, *op. cit.*, p. 302). Nu putem însă trece cu vederea observația lui J. Itard referitoare la incapacitatea lui Victor (copilul „sălbatic”) de a-și însuși limbajul verbal oral ca mijloc de comunicare, eșec datorat, în opinia sa, pierderii perioadei sensibile învățării acestei deprinderi (*cf.* R. Perron, 1969a, nota 1, p. 51).

¹⁸ Și poate în valoarea, atât de generală, a notei la purtare.

¹⁹ Uneori cu adevărate conflicte între cutume și reguli, cum ar fi, de pildă, interdicția tacit dar ferm impusă elevului de grupul său școlar de a denunța cadrului didactic cazurile de încălcare a regulamentului observate la colegii de clasă.

²⁰ Vezi capitolul următor.

deficienți, sunt acompaniate de carențe semnificative ale învățării sociale, nu este de mirare că demersul de integrare școlară a unor astfel de elevi în colective de copii normali se izbește în primul rând de acest obstacol.

3. 5. PRINCIPIUL COMPENSĂRII ȘI IMPORTANȚA SA ÎN DEFECTOLOGIE

Așa cum rezultă din paragraful anterior, în condițiile normalității fizice și psihice, nu putem constata altceva decât o potențare reciproc avantajoasă a dezvoltării și învățării. Zona largă a proximei dezvoltări și flexibilitatea adaptativă mare a copilului obișnuit, curiozitatea și ambiția de a trece peste obstacole cu forțe proprii, capacitatea remarcabilă de asimilare și acomodare a noilor achiziții la sistemul celor deja deținute, precum și frecvențele rearanjări ale structurilor mintale sub impactul experiențelor recente sunt de natură a amortiza în bună măsură „denivelările” și „disonanțele” traseului developmental propriu. Pe acest gen de amortizare *sui generis* se contează (nejustificat de mult, în opinia noastră) în cazul procesului de învățare socială²¹. La elevii cu dizabilități, în funcție de tipul și gradul deficienței, o astfel de „zonă-tampon” este fie slab reprezentată, fie ineficientă (cazul „falsei conduite adaptative” la copilul deficient mintal). În situația unei abordări educaționale nediferențiate, care ignoră specificul învățării și dezvoltării la copilul deficient, relația de interacțiune și de interdependență existentă între aceste două procese face ca, prin mecanisme de *feed before*, să multiplice și să agraveze conduitele dezadaptative și, per ansamblu, să determine instalarea unui trend negativ, regresiv în toate planurile vieții psihice.

Acest fenomen impune specialiștilor psihopedagogi completarea ecuației „învățare - dezvoltare” cu un al treilea termen, *compensarea*, care să medieze, să suplinească și, în final, să restabilească homeostazia noii relații triadice. „În acest tip de relație, învățarea ne apare atât ca factor de dinamizare a proceselor dezvoltării psihosociale, în general, cât și ca factor de echilibrare treptată, de corectare a abaterilor de la traseul obișnuit al dezvoltării, cu alte cuvinte, un factor important pentru realizarea a ceea ce numim dezvoltare compensatorie, în condițiile unei învățări orientate formativ” (Gh. Radu, 1999a, p. 36).

²¹ Chiar și în cazul învățării cognitive de tip școlar sunt destule situațiile întâlnite în practica didactică curentă în care erorile pedagogice ale profesorului sunt atenuate, mai mult sau mai puțin, de disponibilitățile latente ale elevilor, antrenate prin învățarea informală, multisenzorială și multidimensională de zi cu zi. Fondul aperceptiv al învățării determină asimilarea unei cantități mult mai mari de informație, păstrată în stare latentă datorită intereselor cognitive imediate aflate în câmpul conștiinței. Acest bagaj informațional aparent neutilizat se actualizează (în sens psihologic) mai ales în cazul așa numitelor operații infralogice ce „scurt-circuitează” patternurile specifice gândirii algoritmice ori al „motoarelor de căutare” (*browsers*) ale memoriei în cursul eforării.

Prin urmare, „orientarea compensatorie sau terapeutică trebuie să fie atributul oricărei teorii a învățării aplicate în domeniul educației speciale sau al oricărui model adaptat de instruire sau educație [...]” (*ibid.*, p. 49).

Compensarea este o „proprietate a activității nervoase de a utiliza mecanisme de reechilibrare și înlocuire a celor aflate în stare de blocaj, deficiență sau cu uzură temporară sau definitivă” (Ursula Șchiopu, 1997, p. 162).

Aceasta nu se rezumă numai la suplinirea unor funcții și procese psihice, dar, prin noile activări și conexiuni pe care le inițiază, creează condiții pentru trasarea unui nou curs favorabil dezvoltării. De exemplu, rolul vicariant al tactului la copiii cu surdocecitate nu se reduce numai la orientarea spațială și la formarea unei imagini coerente despre universul fizic, ci permite, prin învățare și exersare, însușirea limbajului verbal dactil, bază a dezvoltării operaționalității formale în plan intelectual și a interacțiunilor interpersonale în plan relațional. Cu alte cuvinte, dacă ne rezumăm la a înțelege compensarea psihică drept o simplă „auto-protezare” a funcțiilor pierdute, nu înseamnă altceva decât a ne îngusta în mod intolerabil reprezentările despre virtuțile recuperatorii ale acesteia. Compensarea reprezintă mai mult decât o simplă „cârjă psihologică”; ea implică restructurări funcționale majore, cu reverberații la toate nivelurile personalității. Dorin Damaschin (1973, p. 50) nota faptul că la elaborarea mecanismelor compensatorii participă aceleași procese nervoase care stau la baza activității organismului, însă modul lor de relaționare este altul. Schema generală a coordonării funcționale se modifică în concordanță cu natura și gravitatea tulburărilor, cu particularitățile sistemului nervos central și cu influențele altor factori proprii subiectului. Important de reținut este că aceste remanieri nu generează noi substraturi morfologice, ci doar funcții adaptative cu rol în restaurarea condiției de echilibru (homeorhezis). Evident, aceste mecanisme compensatorii sunt diferite nu numai în raport cu tipul deficienței, dar și cu gravitatea acesteia, existând, desigur, și cazuri în care ele sunt comune mai multor tipuri de deficiență.

După D. Damaschin (*ibid.*, p. 69), „fenomenul de adaptare compensatorie are un caracter legic, el fiind dirijat de o serie de principii din acele domenii care corespund componentelor subiective și obiective implicate: biologic, psihologic, pedagogic, cibernetic etc.”

Principiile directe sunt următoarele (*ibid.*, pp. 39-43):

- *principiul integrării și ierarhizării*: aflat la baza caracterului multinivelar al organizării sistemului nervos, determină raporturi dinamice de subordonare, comutare, succesiune, substituție, sincronism între diferite elemente ale comportamentului. Pe de o parte, integrarea și ierarhizarea oferă coerență și unitate comportamentului (condiție necesară echilibrării relației cu mediul), iar, pe de altă parte, largesc paleta opțiunilor în situații variabile;
- *principiul determinismului*: se referă la totalitatea factorilor individuali care interferează cu sistemul organizat de influențe (sub forma învățării, terapiei

etc.) sau cu stimuli aleatori din mediu. De pildă, schemele funcționale ale analizatorilor integri sunt permanent influențate și modificate de factori obiectivi (tipul și gradul deficienței, eventualele tare ereditare, vârsta, nivelul de educație) sau subiectivi (motivație, caracter, reprezentări sociale), astfel încât să servească în modul cel mai fiabil trebuințelor informaționale ale persoanei cu handicap;

- *principiul activismului*: atrage atenția asupra faptului că deprinderile compensatorii se formează, se perfecționează și se automatizează numai prin învățare și exersare, ceea ce implică o desfășurare stadială, de la simplu la complex și de la grosier la finețe. Chiar și așa-numita „compensare spontană” nu se realizează imediat, ci necesită o perioadă (mai lungă sau mai scurtă, după caz) de restructurare internă și de readaptare la noii parametri funcționali;

- *principiul analizei și sintezei*: reflectă modul de prelucrare a *input*-urilor senzoriale;

- *principiul economiei*: definește maniera de selectare și schematizare a informațiilor;

- *principiul unității*: realizează armonizarea și echilibrarea stărilor și proceselor fizice și psihice.

În opinia lui D. Damaschin (*ibid.*, p. 69), „compensarea și recuperarea socială nu pot avea loc decât în activitate și prin activitate; în afara activității, a muncii, a educației, recuperarea și reechilibrarea organismului nu se pot realiza”. Compensarea poate fi înțeleasă atât ca proces psihic, cât și ca metodă terapeutică. „Ca proces, înseamnă angajarea elementelor anatomo-fiziologice, psiho-sociale, nespecifice conținuturilor achizițiilor necesare. Ca metodă, relevă *substituirea* relației specifice – dintre unitățile de capacitate ale organismului și conținutul achizițional – cu forme nespecifice ale acestei relații” (M. Mureșan, 1990, p. 60).

La copiii hipoacuzici, compensarea se poate realiza la nivel organic, prin creșterea eficienței percepției auditive (*compensare intrasistemică*), în timp ce la surzi importantă devine compensarea funcțională (*compensare intersistemică*), care presupune remanierea schemei funcționale perceptive prin efectul vicariant al celorlalți analizatori integri (îndeosebi a simțului vibrotactil) și, mai cu seamă, al ariilor de asociație corticale, cu rol în decodificarea și corelarea stimulilor vizuali, vibrotactili, kinestezici și verbali. Compensarea internă este potențată prin intervenții chirurgicale cu rol reparator (timpanoplastie), precum și prin folosirea mijloacelor de compensare externă (protezare). În hipoacuzie este prezentă și compensarea mixtă (organic-funcțională) (I. Stănică *in* Stănică *et al.*, 1997, p. 66).

La copiii ambliopi sunt prezente ambele tipuri de compensare, având rolul de a sprijini percepția vizuală restantă. „Noțiunea de compensație nu se reduce, așadar, la substituție sau suplinire, ci include, în cazul ambliopiei, și mijloace care se adresează funcției vizuale. Între compensarea funcțională și cea organică se stabilesc raporturi complexe în funcție de marea varietate a condițiilor care acționează într-un caz dat” (M. Ștefan, 1981, p. 75).

Mijloacele de compensare externă sunt fie de ordin reparator (intervenții chirurgicale), fie paleativ (ochelari, învățarea scris-cititului în braille etc.). La nevăzători, compensarea funcțională (*intersistemică*) se bazează îndeosebi pe simțul tactil-kinestezic (pentru spațiul apropiat), respectiv pe cel auditiv (pentru orientarea în mediul ambiant). Simțul olfactiv deține, de asemenea, valoare adaptativă, prin informațiile suplimentare pe care le aduce. Mai mult decât atât, „personalitatea copilului în întregul ei influențează procesul compensației, proces prin care însăși această personalitate se adaptează, se modelează, se dezvoltă unitar” (M. Ștefan, 2000, p. 86)²².

La copiii cu deficiențe fizice, elaborarea mecanismelor compensatorii depinde de o serie de factori, cei mai importanți fiind tipul și gradul de deficiență. În cazul absenței (congenitale sau traumatice) a unui membru ori a incapacității funcționale a acestuia, deprinderile de autoservire, muncă, scris sunt formate sau transferate la membrul valid. Sunt situații în care, subiectul fiind în imposibilitate de a-și folosi membrele superioare, își dezvoltă compensator psihomotricitatea degetelor de la picioare, uneori cu rezultate remarcabile²³. Există diverse modalități de compensare externă, constând fie în intervenții chirurgicale reparatorii, fie în suplîniri de tip protetic.

La copiii cu deficiență mintală, în funcție de gradul acesteia, apar fenomene compensatorii dar și pseudocompensatorii (de exemplu, inerția patologică conduce, printre altele, la perseverări inadecvate în folosirea algoritmilor de rezolvare a problemelor, la conduite stereotipe în relațiile interpersonale, la reacții circulare fără valoare adaptativă; această trăsătură de specificitate afectează capacitatea deficientului mintal de a reacționa corespunzător la situații și probleme noi, dar îl susține în activitățile repetate, monotone, cu grad redus de dificultate). După Gh. Radu (1999c, p. 47), „una din sarcinile prioritare ale învățământului pentru handicapați mintal [...] constă în prevenirea și combaterea manifestărilor de inerție sau, exprimându-ne invers, în stimularea activismului și criticismului gândirii și în dirijarea comportamentului lor, atât în timpul activităților organizate de învățare, cât și în timpul activităților libere”.

Orientarea procesului didactic trebuie să fie, deci, de tip formativ-compensator.

Înțelegerea corectă și profundă a fenomenului compensării (intra- sau intersistemice, automate sau dirijate, pozitive sau negative) are evidente implicații în activitatea de recuperare, constituind un element esențial atât al

²² V. și Dorin Damaschin (1968). *Beiträge zum Problem der Kompensation der Erblindung* (teză de doctorat). Leipzig: Leipzig Universität.

²³ În programele de televiziune sunt uneori prezentate astfel de cazuri extreme, cum ar fi, de exemplu, cel al unui tânăr chinez cu aplazie a membrelor superioare care reușea să-și câștige existența ca... ceasornicar într-un mare supermarket, fiind capabil să execute cu degetele de la picioare și cele mai fine operații tehnice, inclusiv întoarcerea ceasurilor de mână.

evaluării, cât și al intervenției psihopedagogice. „Legătura dintre educație și compensație pornește de la faptul că dezvoltarea fizică și psihică a copilului deficient este condiționată de felul în care își compensează deficiența. Compensația servește nu numai rezolvării problemelor lui imediate [...], dar și modelării personalității sale. Funcțiile organice și structurile psihice solicitate în acțiunea compensatorie se dezvoltă corespunzător acestei acțiuni. Compensația se orientează astfel, în bună măsură, în direcțiile spre care tinde și educația” (M. Ștefan, 2000, p. 86).

3. 6. TIPURI ȘI FORME ALE RECUPERĂRII ÎN DEFECTOLOGIE

Potențialul dezvoltării psihice a copiilor cu deficiențe (mintale, senzoriale, fizice și neuromotorii etc.) este valorificat în mod real numai în cadrul unui sistem organizat al intervențiilor psihopedagogice de tip educativ-recuperator. Astfel, „prin recuperare se urmărește, pe de o parte, să se valorifice la maximum posibilitățile individului handicapat, iar, pe de altă parte, funcțiile psiho-fizice neafectate trebuie astfel antrenate încât să poată suplini activitatea funcțiilor deficiente pentru a se ajunge la formarea unor abilități ce îi permit persoanei o integrare activ-eficientă în viața profesională și socială. Recuperarea vizează, în același timp, pregătirea psihologică a individului pentru a permite crearea unei stări afectiv-motivațională corespunzătoare, dublată de efort psihic menținut prin satisfacția în raport cu activitatea depusă” (E. Verza, 1987a, p. 7).

În defectologie, demersul corectiv-recuperator se bazează pe datele diagnozei psihice, cu precădere pe indicațiile diagnosticului formativ, dar coroborează toate informațiile relevante de natură medicală, pedagogică, socială. Metodologia combină atât tratamentul medicamentos sau chirurgical, cât și terapiile specifice defectologiei²⁴. D. Damaschin (*op. cit.*, pp. 77-78) definea *terapia complexă* drept o „acțiune în sistem, în care diferitele terapii și proceduri trebuie să se aplice nu izolat și dispersate în timp, ci concomitent, grupate pe tipuri de deficiență, constituind un asalt binefăcător asupra organismului din cele mai diferite direcții: medicină, pedagogie, psihologie, farmacoterapie, genetică etc.”.

Planul de intervenție personalizat presupune activitatea reunită a mai multor specialiști (echipa interdisciplinară); însă adesea, în practică, rolul principal este asumat de profesionistul cel mai mult implicat (datorită primatului laturii medicale sau a celei psihopedagogice a deficienței), serviciile celorlalți membri fiind solicitate în regim de consultanță. De asemenea, în

²⁴ „Între tratament și recuperare există o unitate dialectică; pe de o parte, merg simultan, îmbinându-se, iar, pe de altă parte, se deosebesc: tratamentul combate procesul primar al îmbolnăvirii, pe când recuperarea stimulează și dezvoltă deprinderile ce pot acoperi [compensă – n.n.] deficiența funcțională reziduală” (C. Gorgos, 1989, p. 844).

funcție de evoluția cazului, componența și ierarhia acestei echipe se modifică periodic. „În final, recuperarea trebuie să ducă la ajustări și transformări care, prin continue acumulări și adaptări, să determine comportamente ce asigură o existență profesională și socială cu potențarea progresului pe linia personalității” (E. Verza, *op. cit.*, p. 8).

E. Verza (*ibid.*, pp. 8-17) grupa formele recuperării în defectologie în trei categorii:

a) *Recuperarea prin învățare*: nu presupune preluarea *tale quale* a curriculumului școlii normale, ci adaptarea conținuturilor și metodelor la specificul deficienței și la particularitățile psihoindividuale. Activitatea de recuperare prin învățare trebuie începută de timpuriu, iar, în formă instituționalizată, o dată cu debutul preșcolarității. Dacă la majoritatea copiilor deficienți învățarea cognitivă este prioritară, la cei cu deficiență mintală accentul se pune pe latura afectivă și motivațională, pentru a evita fenomenul „fugii de efort intelectual”. Comune pentru toate categoriile de copii cu dizabilități sunt activitățile de învățare psihomotorie și cele de însușire a normelor și valorilor morale. „Atât învățarea motrică, cât și învățarea morală se constituie în modalități de acțiune permanentă tocmai ținând seama de faptul că motricitatea și capacitatea însușirii unor comportamente pe bază de norme morale sunt deficitare în toate cazurile, pe de o parte, iar, pe de altă parte, formarea unor abilități pe aceste temeuri devin esențiale pentru aprecierea recuperării și a posibilităților de integrare socială” (*ibid.*, p. 8).

Învățarea cognitivă implică atât achiziția de noi informații și deprinderi, dar și restructurarea schemelor operaționale existente. După B. Inhelder și colab. (1974, p. 281), „învățarea structurilor cognitive nu constă numai în a pune, pur și simplu, în joc conduite operatorii însușite de mai înainte, ci și a le transforma în întregime. A învăța înseamnă a proceda la o sinteză reînnoită la înfinit între continuitate și noutate”.

Însușirea limbajului verbal (oral, scris și, dacă este necesar, dactil) se face în contextul maturizării funcției simbolice (semiotice)²⁵, iar, ulterior, instruirea se realizează predominant prin apel la modele verbale. Stimularea intelectuală și verbală, în context didactic, antrenează zona proximei dezvoltări, cu efect direct asupra dezvoltării psihice, deci și a recuperării. Participarea afectiv-empatică reprezintă o condiție esențială a învățării sociale, cu precădere la deficienții mintal. Conștientizarea succesului și a prestigiului în grupul de apartenență determină vitalizarea motivației intrinseci pentru participare și competiție. Acest fapt impune și o nuanțare a evaluării, atât în raport cu performanțele anterioare ale subiectului, cât și cu cele ale congenerilor săi.

²⁵ După J. Piaget (1947, p. 108), „este important să constatăm că, la copil, achiziționarea limbajului, deci a sistemului de semne colective, coincide cu formarea simbolului, adică a sistemului de semnificații individuali”.

Lauda ori reproșul trebuie dozate cu grijă, iar atribuirea notelor sau a calificativelor se face numai după ce copilul a înțeles semnificația lor²⁶.

b) *Recuperarea prin psihoterapie*: se referă la diminuarea și, pe cât posibil, eliminarea trăirilor afective negative, a sentimentelor de frustrare și inutilitate, a complexelor de inferioritate. Scopul principal al utilizării tehnicilor psihoterapeutice este de a îmbunătăți imaginea de sine a persoanelor cu handicap, de a le ajuta să depășească stările de anxietate și descurajare, de a le încuraja să iasă din izolare și să stabilească relații interpersonale. În opinia lui E. Verza (*op. cit.*, p. 12), „psihoterapia poate fi considerată ca o metodă ce contribuie la recuperarea psihică și psiho-socială a handicapaților de limbaj, motori, senzoriali”, fiind utilă „chiar în deficiența de intelect ușoară sau medie”. Formele cele mai eficiente sunt psihoterapia sugestivă și psihoterapia de relaxare. *Sugestia* sau *situația-sugestie* este, conform lui Vladimir Gheorghiu (V. Gheorghiu și I. Ciofu, 1982, p. 53), o „incitație susceptibilă să declanșeze reacții spontane nemediate de instanțele reflexive. Individul confruntat cu această incitație venită din afară sau din dinlăuntru său trebuie să dispună totdeauna, în principiu, atât de posibilitatea de a se conforma, cât și de aceea de a nu se conforma mesajului incitației. El nu realizează însă decât rareori că dispune de cele două alternative”²⁷.

Din acest motiv, efectele cele mai rapide sunt observabile în cazul debilizilor mintal. Tendința acestora de a se conforma necritic la inițiativele persoanelor din anturaj poate fi exploatată în sens pozitiv, atât pentru corectarea unor conduite inadecvate, cât și pentru sporirea încrederii în sine și cultivarea unei atitudini benefice față de învățare, muncă, societate. Condiția esențială a succesului acestei tehnici psihoterapeutice este de a-i întreține copilului cu deficiență convingerea că schimbarea se produce datorită alegerilor proprii, motivației sale intrinseci, dorinței lui de a înfăptui sau de a obține ceva. Deși

²⁶ „Elevul mic apreciază nota bună ca o manifestare de iubire și nota rea ca dovadă a lipsei de afecțiune, a ostilității din partea profesorului. Reacția la o notă rea, oricât de îndreptățită ar fi ea, este trăită de elev ca o frustrație, declanșând din partea lui ostilitate” (V. Pavelcu, 1968, p. 77). Cf. D. Vrabie (1994, p. 206), „discrepanța frapantă între aprecierea profesorului și aprecierea elevului însuși poate fi înlăturată numai pe calea includerii elevului în procesul aprecierii și notării, pe calea antrenării lui în acest proces. Dezvoltarea capacității de autoapreciere și a spiritului critic în estimarea performanțelor școlare proprii se poate dezvolta cu succes prin organizarea unor acțiuni de notare [...] și internotare, care duc la maturizarea și obiectivizarea atitudinii elevului față de aprecierea școlară”.

²⁷ Sugestibilitatea este definită drept „acea manifestare particulară a influențabilității sau provocabilității care asigură transformarea situației-sugestie într-un comportament sugerat. Această proprietate – mai exact sindrom de proprietăți – se bazează pe un complex de dispoziții psihice, cum ar fi închipuirea, subordonarea, conformarea, transpunerea, captarea, care facilitează substituirea mesajului sugestiei mesajelor instanțelor critice. Disociindu-se mai mult sau mai puțin de procesele reflexive și de control, care le-ar putea invalida, conținuturile situațiilor sugestive se insinuează ca niște constructe mentale învestite cu atributele unei realități *per se*. Conținutul sugestiv, devenit cvasi-autonom, tinde astfel să influențeze cele mai diferite manifestări psihice și respectiv psihofizice, inducând conduitele sugerate” (*ibid.*, pp. 68-69).

scopurile psihopedagogice pentru care se recurge la psihoterapia sugestivă sunt nobile, există însă niște implicații etice care nu pot fi neglijate. Tentația de a ajunge la niște rezultate îmbucurătoare pe o cale facilă îi poate determina pe unii terapeuți să omită dreptul oricărei persoane cu handicap, inclusiv al deficientului mintal, de a opta în cunoștință de cauză²⁸. De aceea, pe termen scurt, psihoterapia sugestivă poate crea impresia unei metode de succes, dar, pe termen lung, ea instituie în fapt un comportament complexent, bazat pe condiționare verbală. Rezultatul dorit nu este acela al unei personalități dependente, submisive, lipsite de inițiativă, ci, din contră, al uneia bazate pe cultivarea autonomiei în gândire și acțiune, pe dezvoltarea simțului critic și autocritic, pe responsabilizare și chibzuință în luarea deciziilor și desfășurarea activităților. Evident, utilitatea și ponderea recurgerii la psihoterapia sugestivă depind de tipul și gradul deficienței, nivelul de sugestibilitate al subiectului, aria de performanță avută în vedere, obiectivele pe termen scurt sau lung, dar și de calitatea relației empatice stabilite între cei doi parteneri ai relației psihoterapeutice. Referindu-ne la cea de a doua formă recomandată, psihoterapia de relaxare, utilitatea relaxării musculare în „decontracturarea” vieții psihice se fundamentează pe relația existentă între nivelul tonusului muscular (palierul organic) și cel afectiv (palierul psihic), aceasta fiind de proporționalitate directă. Destinderea musculară autoindusă are ca efect și destinderea ca trăire psihică. Mai multe tehnici sunt practicate în clinică²⁹, cea mai frecvent folosită fiind *antrenamentul autogen Schultz*, dezvoltat pe baza conceptului de „auto-hipnoză” aparținând lui O. Vogt (C. Enăchescu, 1998, p. 247). Schultz definește metoda „ca pe un mijloc de a ajunge tu însuși la o stare de autohipnoză pură, fără o inducție din afară”, efectul fiind acela al unei „deconexiuni psihice și fizice prin detașarea subiectului de mediu. Este, de fapt, o stare de tip hipnoid, care se obține prin destindere musculară și vasculară realizată în urma unor exerciții repetate” (*ibid.*, p. 248)³⁰.

²⁸ Este obligatorie menținerea unui echilibru judicios între inducerea unor schimbări dezirabile în comportamentul și personalitatea subiectului pe calea sugestiei și determinarea lui, prin metode argumentative, să-și revizuiască voluntar acele aspecte dezadaptative ale conduitei sale sau ale modului de raportare la lume și viață. În nici un caz terapeutul nu trebuie să substituie preferințele, dorințele sau intențiile copilului cu ale sale pe motiv că „știe ce e mai bine pentru acesta”. De exemplu, în situația pregătirii pentru o profesiune, subiectului trebuie să i se prezinte, într-o manieră lingvistică și conceptuală accesibilă lui, cerințele obligatorii pentru însușirea și, ulterior, prestarea meseriei respective, cu toate avantajele și dezavantajele ce decurg din aceasta. Atunci când nivelul precar al dezvoltării mintale sau al experienței de viață nu permite luarea unei decizii optime, modelarea persuasivă a hotărârilor și comportamentelor persoanei cu handicap devine acceptabilă și din punct de vedere etic.

²⁹ Metoda hipnozei fracționate progresive a lui Ernst Kretschmer, metoda reeducării psihotonice a lui Juan de Ajuriaguerra.

³⁰ Pentru detalii, v. Constantin Enăchescu (1998). *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*. București: E.D.P.

Tehnicile psihoterapiei de relaxare sunt recomandate în toate cazurile în care persoana cu handicap este capabilă să înțeleagă și să urmeze sugestiile verbal-orale. În tulburările de limbaj (cu precădere în cele de ritm și fluentă) se recurge adesea la hipnoză și psihoterapie de relaxare. Ședințele se pot desfășura atât individual, cât și în grup, în funcție de specificul cazului. „Considerăm că pentru cazurile grele și mai cu seamă pentru acei subiecți la care există deficiențe asociate sau acolo unde pe lângă o deficiență oarecare se manifestă și o tulburare de comportament în mod permanent, psihoterapia individuală are efecte mai mari la început. Ulterior și acești subiecți pot fi introduși în grup” (E. Verza, *op. cit.*, p. 14).

Psihoterapia de grup pentru copii și adolescenți are caracter aparte. „Întrucât însă comunicarea verbală nu poate fi folosită în sens extensiv înaintea vârstei de 12-13 ani, activitatea ludică și practică determină conținutul metodelor de psihoterapie în grup la copii, care prezintă particularități în funcție de următoarele categorii de vârstă: preșcolari și școlari mici (5-8 ani), perioada de latență a dezvoltării psihoneuroendocrine (9-11 ani), perioada pubertară (12-14 ani) și adolescența (15-17 ani)” (G. Ionescu, 1990, pp. 168-169).

De altfel, rolul și atitudinea terapeutului în psihoterapia de grup cu copii și adolescenți se deosebesc de cele clasice. Se consideră, de pildă, că: atitudinea neutral-cordială și permisivă nu este suficientă, fiind preferată conduita activ-suportivă; personalitatea terapeutului se răsfrânge semnificativ asupra tehnicii psihoterapeutice utilizate; terapeutul este îndrituit să folosească întăriri pozitive și recompense simbolice; se recomandă intervenția directă, personală a terapeutului, implicând proiecția propriilor sale valori și expectații asupra membrilor grupului. Evaluarea rezultatelor psihoterapiei de grup este dificilă, gradul lor de validitate fiind redus. „Indiferent de rezultatele particulare, obținute de un grup sau de un ins, în linii generale se poate considera că în grup copilul poate exprima sentimente și idei de o complexitate inaccesibilă relației duale. Totodată, grupul constituie cadrul experimental ideal în care copilul sau tânărul se poate elibera de anxietate și culpabilitate, devenind capabil să stăpânească și să domine sentimentele de inferioritate și insecuritate” (*ibid.*, p. 171).

Efectivul optim al grupelor este de 5-7 subiecți iar numărul indicat de ședințe, 3-5 pe săptămână. Jocul are valențe psihoterapeutice deosebite, în special la copiii mici, datorită funcției sale catartice, fiind indicat în toate stările de handicap. La vârstele mai mari, psihoterapia bazată pe loisir „contribuie la depistarea și pătrunderea în intimitatea complexă a eului subiectului, a mecanismelor motivaționale și a resorturilor afective în stabilirea relațiilor grupale, de antrenare în activitate și de formare a sistemului atitudinal, ceea ce facilitează proiecția personalității” (E. Verza, *op. cit.*, p. 15).

c) *Recuperare prin terapie ocupațională*: pleacă de la premisa că activitatea practică are efect terapeutic și homeostatic atât în plan psihic, cât și în cel al adaptării la mediu. După D. V. Popovici (1999b, p. 93), „terapia ocupațională

reprezintă nucleul sistemului de terapie complexă ce se organizează și se desfășoară sistematic cu școlarii handicapați”.

Deoarece se axează pe relația subiectului cu mediul social de apartenență, scopurile terapiei ocupaționale privesc formarea deprinderilor de auto-îngrijire și igienă personală, cultivarea autocontrolului și expresivității personale, educarea capacității de reacție la diverse situații de viață, educarea capacității de acțiune în funcție de resurse și de limitările impuse de mediu, cultivarea deprinderilor de muncă, formarea imaginii de sine pozitive și stimularea încrederii în propria persoană, sprijinirea relațiilor interpersonale etc³¹. În cazul persoanelor cu handicap, cele mai eficiente forme de terapie ocupațională sunt ergoterapia, ludoterapia, meloterapia, artterapia. După E. Verza (*op. cit.*, p. 15), forma fundamentală rămâne ergoterapia. „Subliniem că aici preponderentă trebuie să fie integrarea subiecților într-o activitate cu caracter social și în care ei să-și valorifice la maxim potențialul fizic și psihic restant”.

Terapia prin muncă a fost folosită încă din perioada timpurie a Renașterii, dar mai degrabă în virtutea unor comandamente morale decât ca metodă propriu-zisă de recuperare. Bazele științifice ale ergoterapiei și resocializării au fost puse de H. Simon (1927. *Spre o terapie activă în spitalul psihiatric*), care atrăgea atenția asupra tratării nu atât a cazurilor individuale, cât a „comunității bolnave” (socioterapie). Obiectivele ergoterapiei sunt: restabilirea, întărirea și augmentarea performanțelor sociale; facilitarea învățării funcțiilor și capacităților esențiale adaptative, cu efect pozitiv asupra randamentului activității depuse; diminuarea și corectarea patologiei psihice active sau latente; promovarea sanogenezei și menținerea stării de sănătate (C. Gorgos, 1992, p. 104). Alegerea tehnicilor ergoterapeutice concrete depinde de tipul și gradul deficienței, vârsta și sexul subiecților, precum și de natura activității propuse. „În mod deosebit se va pune accent pe stimularea funcțiilor normale și pe posibilitatea de a compensa de către acestea lipsa de activitate a celor deficitare” (E. Verza, *op. cit.*, p. 16).

În programul de terapie ocupațională, ludoterapia deține un rol important cu precădere la copii. Jocul oferă satisfacție prin însuși conținutul lui, iar procurarea ori confecționarea mijloacelor ludice reprezintă o parte importantă a desfășurării sale. Jocul este o formă de odihnă activă, automotivantă, implicând participarea mai multor paliere ale personalității. Deși subiectul este antrenat intens în joc (cognitiv și afectiv, psihomotor, relațional etc.), efortul depus nu este resimțit ca epuizant. Practicarea unor hobby-uri la vârsta tânără și adultă prelungește efectele benefice și dincolo de perioada copilăriei. Actualmente sunt preferate tehnicile de *terapie combinată*, aceasta reprezentând „un program de activități structurate care implică sesiuni de

³¹ Peggy L. Denton (1986). *Psychiatric Occupational Therapy. A Workbook of Practical Skills*. Boston, MA: Little Brown & Co., p. 44 (*apud* D. V. Popovici, *op. cit.*).

terapie prin muzică și cântec, mișcare, jocuri, circuite de gimnastică, artă și lucru manual, joc imaginativ, povești, teatru și teatru de păpuși" (G. Achihăi *et al.*, 2002, p. 18).

Meloterapia, folosită încă din antichitate ca metodă de tratare a diferitelor afecțiuni psihice și psihosomatice³², are efecte benefice și în cazul persoanelor cu handicap, atât prin audiție pasivă, cât și prin participarea directă la interpretarea unor bucăți muzicale. Mai ales la copiii cu deficiență mintală și la cei cu tulburări afective sau de conduită, folosirea instrumentelor muzicale de către ei înșiși facilitează nu numai echilibrarea afectivă și întărirea imaginii pozitive de sine, dar și formarea unor deprinderi psihomotorii fine, definirea lateralității manuale, consolidarea schemei corporale. Dans-terapia și drama-terapia sunt utile la majoritatea categoriilor de persoane cu handicap, având, dincolo de efectele catarctice uzuale, funcții importante în învățarea cognitivă, psihomotrică, socială. Procedeele art-terapiei trebuie utilizate cu discernământ, în funcție de vârsta și trăsăturile de personalitate ale subiectului, precum și de tipul și gradul deficienței acestuia. Trebuie făcută o distincție clară între amuzamentul produs de folosirea ludică a materialelor și instrumentelor de tip artistic, și angajarea profundă a întregii personalități cerută de tehnicile artterapeutice propriu-zise. În țara noastră, profesiile de terapeut ocupațional și de artterapist nu sunt încă înscrise în nomenclatorul oficial, dar există numeroase demersuri pentru recunoașterea lor ca profesii de sine stătătoare.

Evaluarea rezultatelor recuperării se face apelând la metode cantitative și calitative. Progresele sunt sesizabile în formarea unei autonomii personale satisfăcătoare, în însușirea acelor deprinderi necesare practicării unei ocupații sau meserii salarizate, în dezvoltarea unor conduite adecvate la contextul social concomitent cu aprofundarea înțelegerii dinamicii relațiilor interumane, în elaborarea unor mijloace eficiente de comunicare verbală (orală și scrisă), în diversificarea intereselor și în maturizarea luării deciziilor și aprecierii responsabile a consecințelor punerii lor în practică.

³² Au fost constatate efecte curative remarcabile în bolile cardiovasculare (în special în hipertensiunea arterială) și în cele cu componentă psihosomatică importantă (ulcer gastroduodenal, diskinezii, boli endocrine). În psihiatrie, cele mai bune rezultate au fost obținute în cazul psihozelor afective și delirant halucinatorii, precum și în nevrozele obsesionale și fobice. „Datorită caracterului ei non-verbal, și deci a absenței necesității ca receptorul să aibă o anumită capacitate intelectuală, meloterapia poate fi folosită și în tratamentul oligofreniilor, chiar în idioție, prin excitații ritmice” (C. Gorgos, 1992, p. 72).

TULBURĂRI DE DEZVOLTARE TULBURĂRI DE ÎNVĂȚARE

4. 1. TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE: DEFINIȚIE, ETIOLOGIE, SIMPTOMATOLOGIE

Abaterile de la traseul developmental normal sunt de luat în seamă, mai ales atunci când ele constituie indicii ale unei posibile stări de handicap aflate în curs de constituire. Gh. Radu (1999a, p. 12) atrăgea atenția asupra faptului că „tulburările procesului dezvoltării sunt inerente oricărei deficiențe sau incapacități cu caracter complex, generatoare a unei inadaptări stabile, adică a unei stări de handicap”.

Totuși, nu orice deviere minoră și pasageră trebuie să reprezinte motiv de îngrijorare, aceasta fiind intrinsecă ritmului propriu de dezvoltare fizică și psihică, marcat de pusee și faze de platou, precum și de mici incongruențe de sorginte heterocronică. Există situații în care tulburările de dezvoltare se pot datora unor „particularități mai puțin coerente ale nivelurilor de dezvoltare psihică” (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 391). Acestea sunt cazuri în care nivelul funcțional normal, somatic sau psihologic, este depășit, iar capacitatea naturală de regenerare sau de compensare este surclasată. În principiu, însă, nefiind vorba despre o deficiență (afecțiune primară), revenirea la parametri funcționali normali se face relativ ușor, chiar dacă nu imediat. Refacerea naturală a potențialului psihic este întreținută de „plasticitatea funcțională a sistemului nervos și de integritatea acestuia, dar și de caracteristicile generale ale calității vieții, educației, de forțele de expansiune ale personalității și de atitudinile sale de amplificare sau diminuare a semnificațiilor împrejurărilor prin care se consumă evenimentele vieții de fiecare zi” (Ursula Șchiopu și E. Verza, *ibid.*).

Prin urmare, nu-i suficient să remarcăm câteva anomalii mărunte pentru a declara imediat că acel copil are tulburări de dezvoltare; responsabilitatea acestui diagnostic revine specialistului psihopedagog care, stăpânind metodele diagnozei psihice diferențiale și observând copilul în timp, este îndreptățit să se pronunțe în cunoștință de cauză. Astfel, o întârziere în dezvoltarea limbajului verbal oral la copilul de doi ani poate fi semn al unei tulburări cu caracter defectologic sau poate fi doar efect al unui ritm mai lent în procesul

de maturizare. Trebuie să atragem însă atenția că dacă sunt cazuri în care copii perfect normali au vorbit în propoziții și fraze mai târziu, acest lucru nu trebuie să devină punct de referință pentru *toate* situațiile de retard în dezvoltarea lingvistică. Generalizând, în atitudinea lor, părinții/apartinătorii trebuie să evite extremele precipitării sau expectativei, centrându-se în schimb pe observație atentă și implicare în remedierea acelor factori nocivi asupra cărora au control (mediul de viață al copilului, anturaj, învățare, comunicare, interacțiune fizică și socială). În cazul în care deficiența este congenitală sau dobândită în primele luni după naștere, tulburările în dezvoltare sunt inevitabile iar orice întârziere nu face altceva decât să le extindă și să le agraveze.

Pentru a găsi o *definiție operațională*, va fi necesar mai întâi să precizăm cadrul conceptual al problemei. În opinia noastră¹, delimitările gnoseologice trebuie să pornească de la următoarele premise:

- dezvoltarea fizică și psihică are caracter *evolutiv, dinamic și individual*;
- ritmul dezvoltării este *discontinuu*, marcat de pusee și faze de relativă stabilitate;
- dezvoltarea este o *rezultantă* a interacțiunii disponibilităților interne cu factorii externi (mai ales de ordin socio-cultural);
- abaterile de la traseul dezvoltării normale trebuie evaluate în funcție de *repere* psihogenetice și psihodinamice;
- abaterile de la traseul dezvoltării normale sunt *remediabile* parțial sau total, în funcție de etiologie, complexitate și moment de intervenție;
- tulburările de dezvoltare sunt doar *predispoziții* pentru instalarea stării de handicap.

La aceste observații trebuie să mai adăugăm o mențiune. Deși, în genere, în sintagma *tulburări de dezvoltare* sunt înglobate toate tipurile de deficiențe (fizice, senzoriale, psihice, de limbaj etc.)²⁻³, noi considerăm că ele trebuie privite prin prisma efectului handicapant pe care îl au în planul inserției școlare

¹ Întemeiată pe argumente oferite *in extenso* de către diferiți autori, dintre care cităm aici pe Ursula Șchiopu și E. Verza (1997), D. Ungureanu (1998), Gh. Radu (1999a), D. V. Popovici (2000), respectiv C. E. Spears and R. E. Weber (1974) și J. Francis-Williams (1976).

² V. T. A. Vlasova și M. S. Pevzner (1973), Ursula Șchiopu și E. Verza (1997).

³ Cf. definiția citată în Legea Publică a S.U.A. (95-602), secțiunea referitoare la „educația pentru toți”: „O tulburare de dezvoltare este o deficiență cronică severă determinată de un handicap mintal sau fizic, care se manifestă înaintea vârstei de 22 de ani, își care, de regulă, se întinde pe o perioadă nedefinită de timp”, ce „limitează substanțial funcționarea în trei sau mai multe domenii majore de activități esențiale – autoîngrijirea, mobilitatea, învățarea, recepția și emisia limbajului, capacitatea de autoconducere, abilitatea de a trăi independent și autonomia economică suficientă; reflectă necesitățile persoanei pentru îngrijire planificată, tratament sau alte servicii pentru perioade îndelungate sau chiar pentru întreaga viață” (*apud* D. V. Popovici, 2000, pp. 58-59).

și socio-profesionale⁴. De aceea, definiția pe care o propunem ține cont nu numai de caracterul exhaustiv al abaterilor developmentale, dar și de efectele pe care acestea le au în planul acțional-relațional al individului.

Astfel, prin *tulburări de dezvoltare* înțelegem toate acele abateri de la traseul normal al dezvoltării fizice și psihice ce împietează, în mod evident și continuu, asupra interacțiunilor fizice și sociale ale persoanei tinere cu mediul.

Trebuie, de asemenea, să precizăm că este necesar să distingem între „tulburările de dezvoltare” ca atare și „retardul în dezvoltare”. Ne referim la acest din urmă caz atunci când un copil nu este capabil să obțină performanțe comparabile cu cele expectate în mod obișnuit de la congenerii săi. Pe de altă parte, dacă tulburările de dezvoltare acoperă un domeniu clar de referință⁵, *întârzierile în dezvoltare* se asociază „cu o gamă largă de tulburări caracteristice copilăriei și structurilor mediului existențial” (D. V. Popovici, 2000, p. 59). Mai mult decât atât, în ceea ce privește cauzele care determină apariția întârzierilor în dezvoltare, „se consideră că trebuie făcută o distincție clară între factorii intrinseci, care țin de deficiențele subiectului în cauză și cei care țin de caracteristicile mediului, inclusiv de experiențele în învățare” (Gh. Radu și D. V. Popovici, 1998, p. 75).

Evident, atunci când există o deficiență primară decelabilă (anatomo-fiziologic), *etiologia* tulburărilor de dezvoltare se reduce în mare parte la cea a afecțiunii constatate. Sunt însă cazuri când etiologia deficienței primare este extrem de variată sau chiar incertă (deficiența mintală de tip endogen, epilepsia, diversele tipuri de afazii etc.). În aceste situații, diagnosticul devine mai degrabă simptomatologic decât etiologic, cu riscuri considerabile în ceea ce privește abordarea corectiv-recuperatorie de urmat.

Gh. Radu și D. V. Popovici (*ibid.*, p. 76) subliniau obligativitatea delimitării afecțiunilor primare de cele derivate. În opinia lor, „dereglările derivate reprezintă, de fapt, tulburările dobândite în condițiile specifice ale dezvoltării⁶, cu alte cuvinte reprezintă tulburările de dezvoltare propriu-zise”. Înțelegem astfel mai clar că, deși între deficiența ca atare și tulburarea de dezvoltare derivată există

⁴ Adică centrându-ne pe aspectul funcțional (de incapacitare). Pentru a fi riguroși, trebuie să remarcăm că acest lucru este avut în vedere de către autorii citați mai sus (oferind, spre comparație, partea completivă a definiției prezentate în *nota supra*).

⁵ De exemplu, o lege americană mai veche decât cea menționată într-o notă anterioară limita domeniul de aplicație a definiției tulburărilor de dezvoltare la cinci categorii taxonomice: retardul mintal, paralizia cerebrală, epilepsia, autismul și tulburările de vorbire de tip central. H. Clancy și M. J. Clark (1990. *Occupational Therapy with Children*. Churchill: Livingstone) luau în discuție deficiențele fizice (paralizia cerebrală, hemiplegia, deficiențele musculare), deficiențele senzoriale (auditive, vizuale, de limbaj, de învățare), handicapurile sociale (maltratarea, abuzurile sexuale, deprivarea), tulburările emoționale, afecțiunile psihiatrice (incluzând aici autismul), deficiențele mintale (incluzând și maladiile ereditare cu consecințe în planul dezvoltării intelectuale) (*apud* D. V. Popovici, 2000).

⁶ „[...] adică în prezența unor factori dereglativi ai acesteia” (Gh. Radu, 1999a, p. 15).

o legătură intimă, cele două trebuie atent deosebite pentru ca demersul psihopedagogic ulterior să se dovedească precis și eficace. De asemenea, factorii externi (ambientali, socio-economici, culturali) complică ecuația diagnostic-terapeutică.

Symptomatologia tulburărilor de dezvoltare trebuie analizată prin prisma definiției propuse anterior, adică luând drept referențial principal efectele incapacitante ale deficienței primare. De exemplu, la copiii cu surditate de percepție (afecțiunea primară fiind localizată, de regulă, la nivelul organului lui Corti) constatăm carențe în dezvoltarea normală a limbajului verbal oral (tulburare secundară), care, în condițiile neglijării intervenției corectiv-recuperatorii precoce (prin protezare și activități de ortofonie și labiolectură), pot conduce la un retard semnificativ în dezvoltarea mintală din copilărie, prin absența reprezentărilor verbale și incapacitatea de a depăși nivelul intuitiv-concret (deficiență terțiară). Mai târziu, deși acest decalaj se reduce prin învățarea limbajului verbal scris și folosirea celui mimico-gestual, apar alte consecințe negative, precum izolare social-relațională, subculturalitate, complexe de inferioritate etc. Prin urmare, atunci când trecem în revistă simptomatologia tulburărilor de dezvoltare, este nevoie să urmărim efectele afecțiunii primare în principalele domenii de referință:

- *motor și psihomotor*: postură, tonus muscular, control și coordonare a mișcărilor grosiere și fine, prehensiune și manipulare;
- *aptitudinal-adaptativ*: deprinderi de autoservire, acțiuni și activități orientate către un scop concret (utilizarea obiectelor), angajarea în rezolvarea unor sarcini practice, adaptarea la particularitățile ambientului sau ale situației-problemă;
- *relațional*: tipuri și forme de comunicare (verbală, nonverbală etc.), adecvarea mesajului, expresivitate corporală și prozodică în comunicare, feed-back;
- *comportamental-social*: maturitate afectivă în comportament, conduită pro- sau antisocială, inițiativă în stabilirea de relații interpersonale, capacitate de acomodare în interacțiunile sociale, conduită ludică etc.

4. 2. SPECIFICUL PSIHODIAGNOZEI ÎN TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE

Depistarea și încadrarea corectă a simptomelor tulburărilor de dezvoltare este facilitată de folosirea scalelor de dezvoltare, a căror varietate considerabilă permite evaluarea dezvoltării practic în orice direcție și în orice configurație developmentală se dorește⁷.

⁷ Exemple: testul de triere Brigance pentru preșcolaritatea timpurie, testul Carolina pentru copii cu nevoi speciale, inventarul de dezvoltare a copilului Minnesota, Lista de control a comportamentului copilului (Achenbach), scala de evaluare a comportamentului adaptativ AAMD, scala dizabilității a lui Sheehan, scalele Bayley.

Orice scală de dezvoltare se construiește în funcție de cel puțin două criterii:

- reperele psihogenetice și psihodinamice ale intervalului de vârstă considerat;
- interesul diagnostic și/sau corectiv-recuperator specific.

Din această cauză, atât domeniile de performanță investigate, cât și modurile de cotare și încadrare categorială diferă de la scală la scală.

Încă din 1925, A. Gesell a prezentat (în lucrarea *Developmental Diagnosis*) elemente capitale ale studiului copiilor foarte mici, axate pe patru domenii: motor, lingvistic, adaptativ și social. Ulterior, el și colaboratorii săi au fost interesați de copii cu vârste între 6 și 10 ani⁸.

Actualmente, scala Denver II (*Denver Developmental Screening Test II*) reprezintă unul dintre cele mai folosite instrumente la noi în țară, motiv pentru care îl vom prezenta succint:

Proba se adresează copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 6 ani și conține 124 de itemi, ordonați în sens crescător al dificultății și grupați în patru categorii comportamentale:

- *personal-social* (evaluând reacțiile copilului la stimuli sociali, exteriorizate prin râs, zâmbet, imitație, relaționare comportamentală; respectiv autonomia în acțiuni);
- *fin motric și adaptativ* (evaluând capacitatea de observație și modul de acțiune, coordonarea oculo-manuală, prehensiunea și manipularea obiectelor, realizarea unor activități precum construcția din cuburi sau desenul omulețului);
- *lingvistic* (evaluând utilizarea limbajului sub toate formele sale, plecând de la vocalizare până la definirea unor cuvinte);
- *motor grosier* (evaluând deprinderi motorii precum menținerea capului într-o poziție dată, rostogolit, stat în picioare, mers, sărit, balans).

Scala include totodată cerințe privind aspectele calitative ale comportamentului constatat: reacție tipică sau nu, grad de complianță la cerințele examinatorului, nivel de interes față de mediu, grad de anxietate, nivel de atenție.

De asemenea, activitatea de testare a copiilor mici și foarte mici implică triada psiholog – copil – părinte (aparținător). N. Mitrofan (1997, pp. 146-148) detalia o serie de recomandări obligatorii, valabile și în sfera defectologiei, pe care le vom menționa pe scurt.

- Recomandări privind organizarea activității de psihodiagnoză:
 - calificare și experiență în domeniul testării copiilor mici și foarte mici;
 - alegerea mijloacelor de testare corespunzătoare;
 - organizarea strategiei de testare și selectarea itemilor necesari pentru cazul respectiv;

⁸ Cf. A. Gesell, C. S. Amatruda (1947). *Developmental Diagnosis. Normal and Abnormal Child Development*. New York: Harper.

- stabilirea și menținerea relației cu subiectul;
- flexibilitate în conduită (adaptare la particularitățile fiecărui caz).
- Recomandări privind relația cu copilul:
 - luarea în considerare a conduitei rutiniere a copilului (programul său zilnic);
 - motivarea copilului pentru conținutul probei;
 - acceptarea diferențelor temperamentale dintre copii (vizibile, printre altele, în specificul individual al timpului de reacție la stimul);
 - acceptarea nevoii de autonomie a copilului (mai ales la vârstele mai mari);
 - luarea în considerare a problemelor de sănătate ale copilului, a stării de oboseală sau disconfort etc.
- Recomandări privind relația cu familia (apartinătorii):
 - conștientizarea nivelului de anxietate al familiei;
 - luarea în considerare a subiectivismului evaluărilor empirice ale aparținătorilor;
 - planificarea unui timp suficient pentru recoltarea datelor anamnestice de la aparținători.

De regulă strategia de examinare a copiilor este de tip *screening* (triere), deoarece numărul mare al acestora și timpul scurt avut la dispoziție nu permit decât o „cernere” a subiecților, cazurile problematice urmând ulterior calea analizei psihodiagnostice de profunzime, prin metodele cunoscute. Iată de ce scalele de dezvoltare rămân mijlocul favorit de evaluare rapidă și eficientă a unor populații numeroase de copii de diferite vârste, aflați în diverse contexte familiale, educaționale sau de protecție și asistență socială.

4. 3. CERINȚE ALE DEMERSULUI CORECTIV-RECUPERATOR ÎN TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE

Abordarea corektiv-recuperatorie în tulburările de dezvoltare trebuie să țină cont atât de reperele psihogenetice și psihodinamice, cât și de particularitățile developmentale ale fiecărui caz. Pentru ca demersul psihopedagogic să fie oportun și eficient, diagnosticul diferențial reprezintă o premisă indispensabilă în planificarea programului de intervenție personalizat. În acest sens, anamneza cazului și sinteza semiologică au o importanță deosebită în decelarea corectă și precisă a tipului și gradului de tulburare în dezvoltare. Astfel, referindu-se la diferența dintre factorii intrinseci subiectului și cei extrinseci, răspunzători de apariția și instalarea tulburării, Gh. Radu și D. V. Popovici (*op. cit.*, p. 75) atrăgeau atenția asupra faptului că „în cazul primei categorii de factori este recomandat să se utilizeze anumite strategii compensatorii, elaborate pentru categoria dată de copii cu deficiențe (senzoriale, psihomotorii, de gândire etc.), iar în cazul celei de-a doua categorii este deosebit de important să se elaboreze și să se utilizeze strategii de intervenție, menite să amelioreze influențele externe”.

Pe de altă parte, E. Verza (1998, p. 11) observa că „progresele, stagnările și regresele ce se înregistrează pe linia evoluției activității psihice sunt dependente de calitatea procesului educațional-recuperativ și de tipul, gravitatea, structura anatomo-fiziologică afectată a handicapatului. Din această perspectivă, cadrul general al analizei trebuie desfășurat relevând specificul handicapului și în raport de formele funcțiilor și proceselor psihice ce au o evoluție neuniformă, cu salturi și progrese în unele, dar și cu stagnări și regrese în altele. Dacă la normali dezvoltarea psihică, chiar cu unele decalaje, este totuși armonioasă, la handicapați decalajul dintre diferitele paliere psihice devine evident, iar dezvoltarea unei caracteristici nu determină neapărat progrese la nivelul celorlalte”.

T. A. Vlasova și M. S. Pevzner (1973, p. 169) reiterau ideea de principiu după care „la baza organizării și desfășurării activității corecțional-educative în orice tip de instituție specială pentru copii deficienți trebuie să se afle o profundă cunoaștere a structurii defectului, care să permită înțelegerea influenței defectului primar asupra apariției unor modificări secundare care influențează cursul dezvoltării psihice la copil”.

În condițiile învățământului integrat de astăzi, finețea în evaluare este cu atât mai necesară cu cât numărul celor implicați îi include și pe copiii cu dezvoltare normală, dar care au drept colegi copii cu astfel de tulburări. Integrarea școlară a acestora din urmă trebuie să conducă la reducerea și chiar dispariția tulburărilor, nicidecum la amplificarea lor ori la inducerea unora asemănătoare celorlalți elevi. De aceea, psihodiagnoza individuală trebuie să fie dublată de o evaluare a condițiilor psihosociale din cadrul microgrupului școlar.

Plecând de la momentul diagnostic, se elaborează intervenția psihopedagogică ținându-se cont de următoarele criterii:

- *tipul și gradul tulburării de dezvoltare* (cu implicații directe asupra prognosticului);
- *aria curriculară* în care se manifestă (ceea ce impune adecvarea sarcinilor școlare la specificul tulburării);
- *nivelul heterocroniei* (sau al decalajului intrapsihic);
- *cerința interdisciplinarității* în intervenție (deoarece tulburările de dezvoltare nu sunt numai de ordin anatomo-fiziologic ori numai de ordin psihologic, social etc.);
- *resursele materiale, umane, metodologice etc. aflate la dispoziție.*

Tulburările de dezvoltare au o serie de consecințe negative în sfera educațională, școala contemporană fiind un mediu competițional și normativ prin excelență. Acest fapt conduce la apariția și consolidarea cerințelor educative speciale, ceea ce impune oferirea de sprijin specializat în afara orelor de clasă. Mai mult decât atât, „integrarea școlară obișnuită a copilului deficient se pregătește în preșcolaritate, ba chiar în primii ani de viață” (Gh. Radu și D. V. Popovici, *op. cit.*, p. 78), deoarece abaterile de la dezvoltarea normală trebuie prevenite și ameliorate cât mai devreme. Se impune, prin urmare, implementarea unui sistem de servicii adecvate nevoilor individuale ale copiilor cu tulburări de dezvoltare care

să susțină în mod satisfăcător efortul global de integrare. Altfel, dacă nu va exista o structură bine definită și flexibil articulată, capabilă permanent de ajustare la condițiile specifice nu numai fiecărei unități de învățământ în parte, dar și fiecărui elev cu tulburări de dezvoltare, rezultatul final va fi acela al unei „școli pentru toți” care, deși formal va fi a tuturor, în realitate nu va servi nimănui.

Principiile care ghidează demersul corectiv-recuperator sunt în primul rând cel al intervenției precoce și cel al intervenției personalizate. Asta înseamnă că atât tehnicile diagnostice, cât și metodele și strategiile didactice trebuie să fie de cea mai bună calitate. Totuși suntem de părere că diferențierea corectiv-recuperatorie nu trebuie să conducă la „detaliere și pulverizare”⁹, chiar dacă susținem abordarea centrată pe copil. Ne situăm astfel pe pozițiile demersului idioletic, adică între reducționismul inerent teoretizărilor nomotetice și superficialitatea empirismului idiografic.

4. 4. TULBURĂRILE DE ÎNVĂȚARE: DEFINIȚIE, DIAGNOZĂ, SIMPTOMATOLOGIE

Tulburările de învățare fac parte din categoria acelor dizabilități care nu pot fi atribuite cu certitudine unor cauze specifice și, prin urmare, identificarea unui teren anatomo-fiziologic de inserție se poate dovedi o întreprindere riscantă. Însăși denumirea acestora nu face referire la vreo localizare (senzorială, motorie, cerebrală), ci la *activitate*. Învățarea, așa cum am văzut într-un capitol anterior, presupune participarea coordonată și ierarhizată a mai multor procese psihice, fiind o rezultantă a interacțiunii dintre nevoile interne de dezvoltare (ce sunt răspunzătoare, printre altele, de geneza conduitei de explorare) și cerințele externe de adaptare (mediul, sub toate aspectele sale fizice ori sociale, formulând sarcini de rezolvat sau prezentând obstacole de ocolit). Activitatea de învățare nu se limitează doar la îmbogățirea experienței senzorial-perceptive, ci, pe baza restructurărilor conceptuale interne, conduce la modelarea continuă a vieții psihice, având ca rezultat, în marea majoritate a cazurilor, configurarea unei personalități mature, echilibrate, aflate într-o relație ponderată și nuanțată cu mediul. De aceea, perturbările interne sau externe pot influența și, atunci când numărul și amplitudinea lor depășesc un anumit nivel, afecta negativ dinamica acestei activități atât de complex și de fin acordate.

Definițiile propuse iau în considerare o serie de elemente comune, grupate în cinci categorii (D. V. Popovici, 1998, p. 83):

- disfuncții ale sistemului nervos central;
- diferențe și dezechilibre între nivelurile de dezvoltare ale funcțiilor și proceselor psihice (configurație de tip heterocronic);
- dificultăți în realizarea unor sarcini de învățare școlară;
- discrepanță între nivelul achizițiilor și potențialul de învățare al elevului;

⁹ Cum plastic se exprimă T. A. Vlasova și M. S. Pevzner (1973, p. 176).

- neasemănare cu efecte ale deficiențelor mintale, senzoriale sau motorii ori cu cele de ordin afectiv sau socio-cultural.

W. M. Cruickshank (1984) era de părere că tulburările de învățare au întotdeauna o bază neurologică¹⁰, poziție contestată de unii cercetători care consideră inconsistentă această ipoteză, mai ales că evaluarea deficitului neurologic nu servește remedierii deficiențelor de învățare (R. J. Gregory, 1992). În Statele Unite, definiția de referință este cea menționată în legea federală (Public Law 94-142) destinată școlilor publice: „Sintagma 'dizabilitate de învățare specifică' desemnează o tulburare în una sau mai multe procese psihice de bază implicate în înțelegerea sau utilizarea limbajului (oral sau scris), ce se poate manifesta într-o abilitate imperfectă de a asculta, raționa, vorbi, citi, scrie, pronunța literal (*spell*) sau calcula. Termenul include forme precum handicapuri de percepție, leziune cerebrală (*brain injury*), disfuncție cerebrală minimală (*minimal brain dysfunction*), dislexie și afazie de evoluție (*developmental aphasia*). Termenul nu include copiii care au probleme de învățare datorate în principal handicapurilor vizuale, auditive sau motorii, deficienței mintale, tulburărilor afective sau dezavantajului ambiental, cultural sau economic” (*Federal Register*. Washington DC, 29 Dec. 1977, 65082-65085).

Deoarece etiologia și simptomatologia tulburărilor de învățare sunt extrem de diverse, o definiție comprehensivă a fenomenului nu e prea simplu de formulat, fiind mai ușor de spus ce nu sunt tulburările de învățare decât ce sunt cu certitudine.

După Dorin Ungureanu (1998, p. 22), majoritatea definițiilor sunt „de tip descriptiv”, centrându-se pe evaluarea performanței în învățare prin raportarea acesteia la normele specifice vârstei și nivelului de școlarizare. De asemenea, în aceste definiții există referiri anume la copii și la dificultățile întâmpinate de ei în învățarea școlară, fără ca tinerilor și adulților ce se confruntă cu aceleași probleme să li se acorde atenție deosebită. Se insistă pe evidențierea diferențelor în diagnoză și prea puțin pe identificarea notelor specifice. Din această cauză, multe definiții, deși sunt impresionante din punct de vedere sintactic, se rezumă la o semantică precară și echivocă¹¹.

¹⁰ După W. M. Cruickshank (1984. Definition: A Major Issue in the Field of Learning Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 50, 7-18), orice definiție a tulburărilor de învățare trebuie să țină cont de faptul că: (a) indiferent de formă și complexitate, acestea sunt rezultatul final al altor factori; (b) tulburările de învățare sunt rezultatul unor deficite de procesare perceptuală de o natură extrem de variată; (c) percepția reprezintă o funcție inerentă funcției neurologice a organismului.

¹¹ Dorin Ungureanu consideră că dificultățile de învățare „sunt altceva decât tulburările de învățare, căci acestea [din urmă – n.n.] sunt manifestări sectoriale, pasagere, incidentale, conjuncturale (situaționale), depinzând de ingerința a numeroși factori elementari, incontrollabili, în timp ce d. î. sunt și rămân disfuncții cronice, extinse, tinzând să se agraveze și permanentizeze în absența unor abordări oportune și energice” (*op. cit.*, pp. 140-141). Opinia noastră este că, terminologic, lucrurile stau exact invers (deoarece prin *dificultate* se înțelege, conform MDE, „greutate de a îndeplini, de a rezolva ceva”, în timp ce *tulburare* are, pentru ceea ce ne interesează aici, sensul de „dezordine, dezechilibru în funcționarea unui organ, a unei facultăți fizice sau psihice”).

Preocupările privind identificarea, definirea și terapia tulburărilor de învățare datează de la începutul anilor '60, iar sintagma „tulburări (deficiențe) de învățare” (*learning disorders/disabilities*) apare în literatura de specialitate anglo-saxonă în 1963, în același timp cu fondarea „Asociației americane pentru deficiențe de învățare”. La noi în țară, anii '70 au constituit, din acest punct de vedere, perioada în care au apărut primele studii ce luau în considerare caracteristicile dificultăților întâmpinate de către elevii normali sau deficienți în diferite momente ale școlarizării lor și la diverse discipline de studiu (D. V. Popovici, 1998). Trebuie să mai spunem că circa 40 de sintagme diferite au fost utilizate, de către diverși autori, pentru a denumi acest complex de tulburări centrat pe procesul învățării: „deficiență cerebrală minimală” (*minimal brain damage*), „disritmie cerebrală” (*cerebral dysrhythmia*), „dislexie de evoluție” (*developmental dyslexia*), „disfuncție cerebrală minimală”, „dizabilitate dezvoltamentală”, „handicap de percepție”, „dizabilitate specifică de învățare”, „handicap educațional”, „sindrom hiperkinetic”, „sindrom Strauss”, „sindrom coreiform”, „întârziere a maturizării neuronale” (*delayed neural maturation*) etc. (*apud* C. E. Spears și R. E. Weber, 1974, pp. 19-20). De exemplu, termenul „sindromul disfuncției cerebrale minimale” se referea la copiii cu inteligență generală liminară, medie ori superioară având anumite dizabilități de învățare sau de comportament, de la cele mai ușoare la cele severe, care se asociază cu alterări ale funcționalității sistemului nervos central. Aceste alterări (*deviations*) se pot manifesta prin combinații incapacitante diverse privind percepția, conceptualizarea, limbajul, memoria și controlul atenției, transmiterea nervoasă și funcțiunile motorii (*ibid.*, p. 21).

Începând cu anii '90, datorită acumulării de informații și conturării tot mai precise a sferei tulburărilor de învățare, definițiile depășesc cadrul interesului academic devenind termeni de referință pentru sistemul educațional public. Astfel, în Statele Unite, legea ia în considerare patru indicii diagnostice de bază atunci când se referă la tulburări de învățare:

- prezența unei tulburări a unuia sau a mai multor procese psihice de bază (percepție auditivă și vizuală, memorie, gândire, limbaj oral);
- existența unor dificultăți de învățare, mai ales în ceea ce privește exprimarea și înțelegerea limbajului verbal (manifestate în vorbire și în activitatea de scris-citit) ori a celui matematic (constatate în calcul și în rezolvarea de probleme);
- lipsa unei legături cauzale între tulburările de învățare și alte deficiențe (senzoriale, mintale, motorii, emoționale ori de tip economic, cultural, de mediu);
- manifestarea unei diferențe semnificative între potențialul de învățare aparent al elevului și nivelul scăzut al achizițiilor sale (*apud* D. V. Popovici, 1998).

Diagnoza ia în considerare cele patru domenii de referință ale dezvoltării copilului: fizic, intelectual, emoțional și social. Astfel, copiii cu paralizie cerebrală au tulburări motorii evidente; epilepticii manifestă iritabilitate, anxietate, tristețe sau euforie (mai rar), apatie, variații ale apetitului în starea prodromică,

respectiv sindrom confuzional după crizele de grand mal, obnubilare, angoasă sau euforie (în unele crize temporale), halucinații și iluzii (în crizele corticale), tulburări intelectuale, tulburări psihomotorii etc.¹²; la alții se constată deficiențe intelectuale pe fondul unei retardări globale (*panretarded children*); în fine, cei cu tulburări grave manifestă tulburări ale senzorialității cu componentă verbală (auzul și văzul), tulburări de limbaj severe, tulburări de comportament (C. E. Spears și R. E. Weber, *op. cit.*, p. 23).

Examinarea neurologică are în atenție coordonarea motorie grosieră (pentru a decela o întârziere anormală a maturizării funcției motorii) și coordonarea musculară globală; coordonarea motorie fină (mișcări individuale ale degetelor, opoziția police-deget II-V, coordonarea oculo-manuală implicată în mișcări complexe precum încheiatul nasturilor, legatul șireturilor, aruncarea, prinderea și lovirea balonului, scrierea) și percepția spațială; nivelul general al dezvoltării intelectuale (prin evaluarea acurateței, vitezei de răspuns și utilizării cuvintelor în exprimarea unei idei). Activitatea motorie hiperactivă și durata scurtă a atenției trebuie evaluate în raport cu părinții, congenerii și alți copii. Mai trebuie testate rapiditatea și precizia mișcărilor limbii, precum și mișcările oculare. De asemenea, testarea percepției culorilor este importantă. O atenție deosebită trebuie acordată mișcărilor involuntare, tremurăturilor, ticurilor sau spasmelor habituale (*ibid.*, pp. 24-25).

Bateria de teste psihologice ar trebui să cuprindă probe de inteligență (WISC-R, WPPSI-R, SB:FE¹³), probe de limbaj (I.T.P.A. – Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, The Michigan Picture Language Inventory, The Peabody Picture Vocabulary Test), teste de cunoștințe (PIAT-R, K-TEA, WJ-R, Metropolitan Achievement Test 6th Edition, California Achievement Test), probe pentru evaluarea capacității de lectură (*readiness*) (Gates Readiness Scales, Burt Scale, Holborn Scale), probe pentru evaluarea vorbirii (The Templin – Darley Tests of Articulation), probe pentru evaluarea psihomotricității și a structurării spațial-vizuale (Bender's Visual-Motor Gestalt Test, Marianne Frostig Developmental Test of Visual Perception, Wepman Auditory Discrimination Test, Graham – Kendall Memory for Designs Test, Benton Visual Retention Test, Head's Hand and Eye Dominance Test) (*apud* C. E. Spears și R. E. Weber, 1974, J. Francis-Williams, 1976, R. J. Gregory, 1992). Utilizarea testului ELSA¹⁴ servește la depistarea incompetențelor copilului în activitatea de învățare, dar și la alegerea conținuturilor de predat în funcție de nivelul acestuia, la planificarea

¹² *Apud* C. Gorgos (1988, pp. 91-92). El definește epilepsia drept „grup de boli caracterizate prin manifestări convulsive și/sau echivalentele lor, cu caracter paroxistic, care apar brusc, se desfășoară stereotip, se remit spontan și au tendință spre repetare, fiind însoțite de modificări electroencefalografice caracteristice și de tulburări psihice critice și/sau intercritice” (*ibid.*, pp. 83-84).

¹³ *Stanford – Binet, Fourth Edition*, actualmente test de referință pentru măsurarea inteligenței la subiecți cu vârste cuprinse între 2 ani și 23 de ani și 11 luni.

¹⁴ Mel Ainscow și David A. Tweddle (1989). *Early Learning Skills Analysis*. London: David Fulton Publ.

strategiilor de predare, precum și la păstrarea unei evidențe riguroase a progresului în învățare. Testul este structurat pe șapte domenii tematice (aritmetică, scris, citit, vorbire, limbaj, psihomotricitate, autonomie personală și socială), fiecare domeniu conținând între 3 și 10 unități. Obiectivele de predare se referă la materialele didactice necesare, instrucțiuni, performanța expectată din partea elevului și criteriile recomandate. Fiecare dintre cele 122 de obiective are un cod ce corespunde unui anumit domeniu tematic.

Caracteristicile esențiale ale tulburărilor de învățare au fost sistematizate de R. J. Gregory (*op. cit.*, pp. 326-328), după cum urmează:

- existența unei discrepante între aptitudinea generală de a învăța și cea specifică unui anumit domeniu;
- excluderea cauzelor primare datorate altor handicapuri specifice (senzoriale, mintale, afective, socio-culturale), fără a ignora posibilitatea prezenței acestora ca deficiențe asociate;
- admiterea caracterului eterogen al tulburărilor de învățare, cu extrem de multe tipuri și subtipuri;
- precizarea caracterului evolutiv al acestora, cu debut în copilăria timpurie și remanentă la vârsta adultă;
- prezența unor dificultăți afective și sociale consecutive, cu repercusiuni atât asupra relațiilor interpersonale ale subiecților, cât și asupra personalității lor.

După Janet Lerner (1997)¹⁵, *simptomatologia* tulburărilor de învățare se prezintă cel mai adesea sub forma:

- deficiențelor de atenție, datorită cărora elevii nu se pot concentra asupra sarcinilor școlare decât pentru perioade de timp foarte scurte;
- deficiențelor de motricitate generală și fină, carențele în coordonarea spațială a motricității fine și nivelul subdezvoltat al actelor motorii fiind cele mai evidente;
- dificultăților în procesarea informațiilor de sorginte vizual-auditivă (greutăți de recunoaștere a fonemelor limbii în condițiile identificării cu ușurință a grafemelor) sau în ceea ce privește memoria de scurtă durată;
- carențelor în dezvoltarea unor strategii cognitive de învățare (cei mai mulți fiind incapabili să-și organizeze activitatea de studiu și să-și definească un stil propriu de învățare);
- deficiențelor exprimării și înțelegerii vorbirii, cu probleme în recepție, în emitere, în dezvoltarea vocabularului și în structurarea lingvistică (tulburările de limbaj fiind, de asemenea, prezente);
- dificultăților de citire (în aproximativ 80 % din cazuri) referitoare mai ales la recunoașterea, decodarea și înțelegerea cuvintelor scrise;
- dificultăților de scriere vizibile în realizarea acelor sarcini ce necesită astfel de abilități;

¹⁵ J. W. Lerner (1997). *Learning Disabilities. Theories, Diagnosis and Teaching Strategies* (ed. a VII-a). Boston: Houghton Mifflin (*apud* D. V. Popovici, 1998, pp. 83-84).

- dificultăților în însușirea limbajului matematic și a noțiunilor spațiale și temporale specifice, ceea ce se reflectă în rezultate slabe privind calculul matematic și rezolvarea de probleme;
- tulburărilor de comportament social, consecințe ale formării necorespunzătoare a deprinderilor implicate, cu efecte perturbatoare asupra acțiunii și reacției în diferite situații sociale, stabilirii de relații interpersonale, inițierii și cultivării relațiilor de amicitie.

Sunt copii ale căror dificultăți de învățare derivă atât din dezvoltarea deficitară, tulburată a percepției vizuale, cât și din proasta coordonare motorie fină, cu efecte negative în planul praxiilor vizual-motorii. Pe de altă parte, tulburările de învățare ale altor copii sunt cauzate fie de deficiențe ale procesării perceptiv-auditive, respectiv ale fono-articulației (cazul alaliei senzoriale și motorii), fie de dislexia de evoluție (*developmental dyslexia*) (J. Francis-Williams, *op. cit.*, p. 3). Tulburările percepției vizuale, la subiecții din prima categorie, nu sunt corelate, în mod necesar, cu carențe ale vederii periferice, diagnosticabile oftalmologic. Dispraxiile vizual-motorii devin manifeste în cursul activităților manuale ce necesită control vizual. Copiii cu tulburări ale percepției vizuale au dificultăți în recunoașterea poziției și detașarea figurii de fond, în sesizarea semnificației acesteia și, în general, în orientarea spațială. Au dificultăți, de asemenea, în raportarea reprezentărilor grafice bidimensionale la obiectele reale (tridimensionale) corespunzătoare. Efectele negative în planul învățării școlare constau în dificultatea însușirii semnelor lingvistice și a operatorilor matematici (*ibid.*, pp. 4-5).

Un exemplu elocvent de tulburare de învățare complexă îl constituie *sindromul lui Gerstmann*¹⁶. A fost descris în 1924 și se manifestă prin agnozie digitală, agrafie, acalculie, nediferențiere stânga-dreapta. Simptomul principal este agnozia digitală, caracterizată prin incapacitatea (ignorată de subiect) de a denumi și a deosebi între ele degetele proprii sau ale altcuiva, deși le poate întrebuița în activități ce implică utilizarea lor diferențiată (cântat la pian, cusut cu acul). Nediferențierea stânga-dreapta se manifestă prin incapacitatea de a deosebi partea dreaptă de cea stângă a propriului corp sau a corpului altcuiva. Acalculia este puțin prezentă, datorându-se incapacității de a evalua semnificația cifrelor (C. Gorgos, 1988, *s.v.*). Sindromul poate fi constituțional (de dezvoltare) sau dobândit (traumatism cerebral, asociat adesea cu leziuni ale lobului parietal dominant). După E. Meyer *et al.* (1999)¹⁷, cei patru indici sindromologici trebuie să reiasă pozitivi în urma examinării, eliminându-se

¹⁶ Cf. J. Gerstmann (1930). Zur Symptomatologie der Hirnläsionen im Übergangsregion der unteren Parietal- und mittleren Okzipitalhirnwindung. *Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten*, 116, 46-49, și J. Gertsmann (1957). Some Notes on the Gertsmann Syndrome. *Neurology*, 7, 866-869.

¹⁷ E. Meyer, M. D. Martory, A. J. Pegna, T. Landis, J. Delavelle și J. M. Annoni (1999). A Pure Case of Gerstmann Syndrome with a Subangular Lesion. *Brain*, 122, 1107-1120.

orice artefacte datorate altor deficite neurologice ori psihoneurologice ce pot interfera cu sindromul (e.g. de limbaj, senzoriale, praxice, gnozice, mnezice, de intelect). Sindromul lui Gerstmann este recunoscut de standardul *DSM* drept tulburare de dezvoltare specifică, fapt ce permite individualizarea sa ca tulburare de învățare. Datorită insuficiențelor gnozice, activitățile de scris-citit, aritmetică, desen sau lucru manual nu se pot desfășura conform metodologiei tradiționale. H. Naudé și E. Pretorius (2002) propuneau un plan educațional adecvat, bazat pe însușirea conceptului de număr și a operării cu acesta în rezolvarea de probleme concrete, pe relaționarea continuă a simbolurilor matematice și lingvistice cu situații-problemă cât mai variate (ținând cont de faptul că inteligența verbală rămâne intactă), pe stimularea copilului de a identifica noi concepte, relații și contexte ale situației-problemă (prin întrebări ce trezesc curiozitatea copilului și provoacă perspicacitatea acestuia). Este important ca, în cursul intervenției psihopedagogice, să nu se solicite memorarea de reguli, algoritmi sau constante, deoarece subiecții nu sunt capabili să le utilizeze corespunzător în afara unui context dat. M. Burns (1993)¹⁸, de pildă, recomandă încurajarea copilului de a explica raționamentele făcute, de a justifica o anumită soluție sau alegere, de a aduce argumente valabile în susținerea unui răspuns dat. H. Naudé și E. Pretorius listau o serie de cerințe ale unui plan educațional eficient în recuperarea copiilor cu sindrom Gerstmann (rezumate după cum urmează):

- Însușirea cititului trebuie să se bazeze pe metode fonetice ce implică abilitățile analitic-secvențiale ale emisferei stângi (deoarece caracteristicile spațiale ale grafemelor sunt mai greu de identificat și corelat lingvistic);
- Însușirea operațiilor matematice trebuie, de asemenea, să activeze inteligența verbală, analitică, abstractă (evitându-se configurațiile spațiale ce implică explorare vizuală și sinteză figurală);
- Instruirea mediată verbal este dominantă;
- o atenție deosebită se acordă extragerii informațiilor necesare rezolvării unei situații-problemă prin analizarea în detaliu a datelor și a contextului, copilul fiind încurajat să-și folosească abilitățile de raționare și organizare logică, rămase intacte;
- procedurile de evaluare trebuie să evite tehnici de tip „creion-hârtie” și să se centreze mai degrabă pe aprecierea capacității copilului de a raționa verbal, utilizând criterii corespunzătoare (*ibid.*, pp. 648-649).

Tehnici educaționale precum OK4R (*Overview, Key Words, Read, Recite, Recall & Review*) s-au dovedit eficiente în recuperarea copiilor cu sindrom Gerstmann.

Faptul că tulburările de învățare sunt greu de diagnosticat și de încadrat taxonomic se dovedește adevărat și în cazul *paraliziei cerebrale fruste*

¹⁸ M. Burns (1993). *Mathematics: Assessing Understanding*. New York: Cuisenaire Company of America, Inc.

(*minimal cerebral palsy*). J. Francis-Williams (*op. cit.*, pp. 10-11) enumera o serie de caracteristici diagnostice semnificative în cazul acestor subiecți, etichetați frecvent ca „neîndemânatici” (*clumsy children*):

- performanțe diferite la probele verbale comparativ cu cele neverbale (de exemplu, răspund corect la probele verbale, dar au dificultăți la cele de aranjare de cuburi ori asamblare de figuri);
- performanțe școlare mediocre în sfera scris-cititului, deși formulările verbale sunt bune;
- dificultăți atât în aria motricității grosiere, cât și în cea a motricității fine;
- deficit psihomotor (evident în coordonarea oculomotorie și în fono-articulație);
- incapacitate de discriminare a figurii de fond (în desene și în realitate);
- dificultate în copierea, recunoașterea și potrivirea elementelor constitutive ale unei structuri cu sens (imagine, construcție);
- tulburări ale schemei corporale, discriminării „dreapta-stânga” și orientării spațiale;
- alte tulburări, frecvent asociate cu paralizia cerebrală (perseverare, atenție de scurtă durată și ușor de distras, fluctuații ale randamentului în activitate).

D. V. Popovici (1998, p. 83) remarca faptul că, ținând cont de unele cercetări recente, o cauză suplimentară a tulburărilor de învățare rezidă în „prezența la elev a unui alt tip de inteligență, diferită de inteligența școlară solicitată de procesul de învățământ”. De altfel, C. Păunescu (1976a, p. 193), referindu-se la relația dintre deficiența mintală și învățare, nu uita să arate că „inteligența, așa cum reiese din teste, nu explică procesul învățării”, chiar dacă „unii autori se prevaluează de coeficientul de corelație între I.Q. și performanțele la învățătură evaluate prin notare”. Testele de progres educativ, mai mult decât oricare altele, sunt circulare, deoarece „sunt forme cuantificate ale cunoștințelor școlare, pe diferite etape. Este deci mai mult decât firesc ca ele să coreleze cu propriul lor conținut” (*ibid.*). Fixarea *ab initio* a criteriului selectează doar acele abilități necesare și suficiente procesului de învățare școlară, lărgind *nolens, volens* categoria taxonomică mult prea generoasă a tulburărilor de învățare. Reuven Feuerstein (1979)¹⁹ propunea denumirea de „performer întârziat” (*retarded performer*) pentru elevul cu tulburări de învățare, în încercarea de a reliefa retardul performanțial în sine (datorat funcțiilor cognitive deficitare). „Argumentul principal este furnizat de constatarea limitelor psihodiagnozei bazate pe măsurarea randamentului ce nu poate fi decât constatarea funcționării cognitive într-o situație dată și la un moment dat. Manifestarea de nivel scăzut nu conduce, cu necesitate, la concluzia că acest nivel nu ar putea să fie schimbat și nici că subiectul nu ar dispune de potențialul corespunzător performanței superioare. De aceea, trebuie create ocazii de învățare și, astfel, să se

¹⁹ R. Feuerstein *et al.* (1979). *The Dynamic Assessment of Retarded Performers*. Baltimore: University Park Press.

depisteze căile prin care copilul câștigă abilitatea de modificare a structurii cognitive și, prin aceasta, posibilitatea de adaptare la sarcini noi" (I. Manolache, 1998, p. 78).

La adulți, D. J. Johnson și J. W. Blalock (1987)²⁰ identificau următoarele subtipuri de tulburări de învățare:

- dificultăți generalizate de înțelegere (*generalized meaning problems*): subiecții manifestă probleme extinse privind achiziția și înțelegerea semnificației conceptelor. Memorează bine, însă cunoștințele lor rămân legate de contextul specific în care au fost învățate. Adeseori, ei își supraestimează abilitățile atunci când se confruntă cu sarcini școlare sau profesionale mult prea dificile și dovedesc o perspicacitate minimă în rezolvarea lor. Valoarea coeficientului de inteligență verbală este, în medie, sub cea a coeficientului de inteligență performanțială;

- tulburări generalizate de înțelegere a limbajului (*general language comprehension disorders*): aceste persoane denotă bune deprinderi nonverbale, dar au probleme serioase referitoare la înțelegerea limbajului oral. Din acest motiv, apar interferențe cu exprimarea orală, înțelegerea lexică, scrierea și raționarea matematică;

- tulburări ale limbajului grafo-lexic (*expressive language, reading and writing disorders*): adulții cu astfel de probleme reclamă în special dificultăți de citire, dar și de scriere, respectiv *spelling* („pronunțare” literă cu literă). Din această cauză, majoritatea au întâmpinat greutăți insurmontabile în încercarea de a urma forme superioare de învățământ. Coeficienții lor de inteligență (verbală și performanțială) se situează ușor sub medie;

- tulburări de decodare lingvistică (*reading – decoding – and spelling disorders*): aici sunt încadrați cei diagnosticați cu dislexie pură (fenomen mai răspândit în limbile etimologice). Mulți au probleme de secvențializare a semnelor lingvistice și de analiză fonematică, motiv pentru care înțelegerea celor citite este deficitară. De asemenea, ei înțeleg conceptele cantitative, deși au frecvente dificultăți de calcul aritmetic;

- tulburări ale limbajului verbal scris (*primary spelling and written language disorders*): aceste persoane denotă bune deprinderi fono-articulatorii, dar au mari dificultăți în scris și în *spelling*. Coeficientul lor de inteligență se situează frecvent în jurul valorii de 120 (WAIS), fapt care se exprimă în activități încununate de succes atâta timp cât nu presupun utilizarea de simboluri grafice;

- tulburări cantitative, nonverbale, vizual-spațiale (*nonverbal, visual-spatial, quantitative disorders*): persoanele din această categorie întâmpină probleme în ceea ce privește scrisul de mână, calculul aritmetic, precum și deprinderile necesare existenței cotidiene. Ele tind să rezolve bine problemele

²⁰ D. J. Johnson și J. W. Blalock (1987). *Adults with Learning Disabilities: Clinical Studies*. New York: Grune & Stratton (apud R. J. Gregory, op. cit., p. 327).

verbale, însă manifestă dificultăți atunci când se confruntă cu sarcini ce impun abilități mecanice sau vizual-spațiale. De asemenea, au un slab simț al orientării spațiale;

- tulburări ale conceptualizării nonverbale (*nonverbal conceptual disorders*): subiecții au dificultăți aparte atunci când se confruntă cu sarcini implicând stabilirea semnificației unor observații. Datorită inabilității lor de a procesa indicii nonverbale, ei manifestă dificultăți în special în aria deprinderilor sociale. Astfel, mulți devin îngrijorați de lipsa prietenilor, deși nu știu cum trebuie legate relațiile de prietenie;

- tulburări de organizare, planificare și atenție (*disorders of organization, planning, and attention*): deși au slabe deprinderi de organizare și rezolvare de probleme, cei încadrați în această categorie au bune abilități de citire. Totuși, denotă slabe deprinderi de autocontrol și deficiențe de planificare a activităților, motiv pentru care nu reușesc să dea măsura adevăratului lor potențial. Mulți au probleme de atenție și sunt predispuși la izbucniri emoționale.

4. 5. DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎN TULBURĂRILE DE ÎNVĂȚARE

Rolul specialistului este în primul rând acela de a stabili cât mai exact tipul și gradul de tulburare, știut fiind faptul că simptomatologia poate conduce cu ușurință la formularea unor diagnostice greșite și, deci, la aplicarea unor măsuri nepotrivite. Aportul său în ceea ce privește procesul instructiv-educativ constă în formularea unor indicații care țin cont atât de trăsăturile tipice pentru tulburările de învățare, cât și de particularitățile fiecărui elev în cauză.

Trebuie eliminate efectele asociate situației didactice (efectul „halo”, efectul „Pygmalion”, efectul „de fațadă” etc.) ce induc adesea comportamente false. În acest context, este foarte simplu pentru un cadru didactic nefamiliarizat cu aspectele psihosociale ale relației profesor-elev să își formeze reprezentări comode, dar neveridice despre motivația copiilor, trebuințele lor educative, modalitățile de sprijinire în învățare, rezultatele previzibile ale pregătirii lor școlare.

Debilitatea mintală liminară și pseudodebilitatea mintală trebuie excluse după un examen psihologic amănunțit, discrepanțele constatate fie în domenii de activitate diferite, fie în contexte situaționale deosebite, fie chiar în momente de timp distincte reprezentând indicii importante în acest sens²¹.

Carențele aptitudinale observate trebuie corelate cu nivelul funcțional al proceselor psihice implicate. Astfel, dacă planurile perceptiv, intelectual și

²¹ C. Păunescu și I. Mușu (1997) se referă la grupa disfuncțiilor intelectuale de tip școlar, generatoare de handicap intelectual. M. Kless (1983). *Les Troubles instrumentaux des enfants. À propos des troubles instrumentaux associés à des troubles d'apprentissage précoces de la lecture, de l'orthographe et du calcul chez l'enfant intelligent*. Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles) și J. P. Deschamps (Deschamps et al. 1969. *L'Enfant handicapé et l'école*. Paris: Flammarion) uzează de conceptul de handicap cognitiv pentru a descrie inabilitatea temporară a subiectului de a opera cu noțiuni accesibile grupului său de vârstă.

psihomotor funcționează satisfăcător în activități ce nu impun învățare sau recurgerea la limbaj verbal ori matematic, atunci este foarte probabilă prezența unei tulburări de învățare, distinctă de orice altă formă de deficiență. Mai mult decât atât, sunt cazuri în care astfel de elevi manifestă aptitudini speciale în domenii precum muzica sau sportul, ce disonează marcant cu lipsurile constatate în ariile curriculare principale (limba și literatura română, matematică, fizică, chimie etc.).

Tulburările de învățare nu trebuie considerate ca efecte ale tulburărilor afective grave, fiindcă dacă în cazul din urmă disoluția în plan structural și organizatoric și actele deviante se constată pe ansamblul întregii conduite a copilului (cu repercusiuni catastrofale și asupra învățării), în situația contrară sesizăm deteriorări importante privind prestația școlară, fără a fi afectate însă semnificativ și celelalte domenii de activitate.

În fine, trebuie eliminate problemele atitudinal-caracteriale specifice mai ales deficiențelor în planul moral-valoric al personalității. Astfel, deși rezultatele activității școlare pot evolua dezamăgitor, acest lucru nu se corelează cu modul în care copilul se raportează la mediul și sarcinile școlare. Evident, eșecurile repetate și comparațiile dezavantajoase cu performanțele colegilor pot induce o stare de dezamăgire ori pot sugera abandonul, însă aceasta nu înseamnă decât o demobilizare firească, remediabilă. Mai mult decât atât, se constată că astfel de comportamente nu se generalizează și la alte tipuri de activități, în care copilul se angajează cu plăcere și conștiinciozitate²², faptul având asupra sa efecte tonifiante, compensatoare.

Mai trebuie adăugate câteva observații privind influența anxietății asupra randamentului școlar. Relația dintre anxietate și eșecul școlar nu este una de tip liniar și, prin urmare, a presupune că un grad mare de anxietate subminează automat performanța înseamnă a nu lua în considerare capacitatea de mobilizare a resurselor personalității în vederea depășirii momentului critic. Desigur, un nivel înalt de anxietate este de natură să inhibe elevul cu tulburări de învățare și să-l împingă către conduite rutiniere mediocre, însă confortabile din punct de vedere psihic. Important este să nu considerăm problema anxietății școlare în afara contextului psiho-individual și psihosocial și să nu presupunem că întotdeauna aceasta potențează eșecul. Neagoe și Iordan (2002, p. 278) subliniau relevanța faptului că „efectele anxioase nu acționează izolat, că nu se produc autonom, ci ele interacționează cu unele particularități individuale, precum imaginea de sine, încrederea în forțele proprii, experiența de viață legată de succes, exercițiul învățării, unele particularități de percepție sociofamilială a copilului, caracteristicile mediului sociogeografic de apartenență și dinamica acestuia etc. Acestea exercită rol de condiții facilitatoare sau frenatoare ale capacităților individuale pentru învățare și adaptare, în general”.

²² Cf. D. Ungureanu (*op. cit.*, pp. 139-140).

Autorii citați remarcă că „anxietatea capătă o organizare stabilă, se învață și se ancorează ferm în comportament, ea luând forma unor stereotipuri și evaluând anumite situații de viață în conformitate cu aceste patternuri comportamentale, ignorând conotația existențială a momentului prezent. Anxietatea înaltă creează dependență, rezistență la schimbare” (*ibid.*, p. 285).

Prin urmare, orice demers corectiv-recuperator trebuie să țină seama de acest factor și să găsească modalitatea prin care el poate contribui la atenuarea tulburărilor de învățare, nu la amplificarea lor.

4. 6. CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE ÎNVĂȚARE

Criteriile de clasificare rămân discutabile având în vedere paleta largă a cauzelor, manifestărilor și implicațiilor educațional-sociale ale tulburărilor de învățare. Totuși, putem vorbi despre clasificări *unicriteriale*, atunci când tulburările de învățare sunt abordate în funcție de un singur punct de reper, și de clasificări *multicriteriale*, atunci când tulburările sunt analizate dintr-o perspectivă mai largă. Dacă inițial criteriul ales ținea de o anumită arie de competență (din domeniul învățării, de exemplu) și se vorbea despre tulburări de învățare specifice, ulterior a trebuit să se țină cont de implicațiile asupra celorlalte zone de activitate ce sunt în relație cu procesul învățării. Tulburările de învățare generale sunt însă foarte rar întâlnite, apropiindu-se de starea de handicap (D. Ungureanu, *op. cit.*).

Ulterior, s-a făcut distincția între *dificultăți de învățare de tip academic (școlar)* și *dificultăți de învățare de tip socio-profesional*. În ceea ce privește prima categorie, tulburările de tip dislexo-disgrafic reprezentau aria de maxim interes, în timp ce, referitor la a doua categorie, accentul era pus pe inabilitățile în relaționarea socială, respectiv în însușirea unei meserii. Dificultățile de învățare de tip academic au fost subîmpărțite în *specifice* (verbale; neverbale; de orientare) și *nespecifice* (având la bază deficit prosexic, respectiv deficit motivațional).

Clasificările *multicriteriale* își propun să surprindă tulburările de învățare într-o manieră cât mai completă, astfel încât tabloul simptomatologic să fie cât mai corect și mai cuprinzător corelat cu ariile de interes (educațional, social, profesional). Beneficiul rezidă în posibilitatea punerii la punct a unui program de intervenție complex și adecvat.

În ceea ce privește diagnosticul diferențial, trebuie să se facă o distincție atentă între tulburările de învățare *genuine*, ce sunt consecințele unor dereglaje psihice proprii individului, și tulburările de învățare *induse* (intrinsec sau extrinsec), datorate de pildă unor abordări relaționale sau educaționale greșite. Rezumăm mai jos (cu unele adaptări) schema propusă de Dorin Ungureanu (*ibid.*, p. 54) cu privire la principalele deosebiri între cele două clase de tulburări, fiind evident faptul că demersurile corectiv-recuperatorii consecutive trebuie adecvate la specificul tulburării:

A. Dificultățile de învățare propriu-zise (*genuine*) trebuie evaluate ținând cont de:

- gradul de extensie (specifice, generale);
- domeniul de referință (academic-școlar, socio-profesional);
- natura deficitului (verbal, nonverbal, matematic, aptitudinal etc.);
- nivelul procesării informației (zona de input, ce include tulburările de percepție; zona de integrare, referitoare la deficiențe de secvențializare, abstractizare și organizare a informației vizuale și auditive; zona de output, specifică laturii performative privitoare la calculul matematic și rezolvarea de probleme, limbajul verbal, motricitatea fină și cea generală).

B. Dificultățile de învățare *induse* trebuie considerate din cele două perspective:

- *intrinsecă* (cu origini motivaționale, atitudinale, acțional-procedurale, organizatorice);
- *extrinsecă* (datorate unor carențe privind demersul educațional-metodologic, stilul de viață, nivelul socio-economic al familiei și atitudinea acestora față de învățare).

4. 7. IMPACTUL TULBURĂRILOR DE ÎNVĂȚARE ASUPRA DESFĂȘURĂRII PROCESULUI DE ÎNVĂȚĂMÂNT

Oricare ar fi cauzele răspunzătoare de apariția și proliferarea tulburărilor de învățare, efectul lor asupra activității instructiv-educative variază de la cel mai benign grad al *dificultății*, până la instalarea unei stări tipice de *handicap*. În lipsa unei intervenții de specialitate, constatarea unui retard mai mult sau mai puțin generalizat în învățare se poate transforma foarte rapid în actul de consemnare a fenomenului de eșec școlar. Trebuie adăugat și faptul că deficiențele nu privesc doar performanța (școlară sau socio-profesională), ci și formarea imaginii de sine, o dată cu debutul pubertății, respectiv al adolescenței. Conștientizarea tot mai acută a dificultăților de învățare proprii, precum și raportarea acestora nu doar la nivelul de performanță al congenerilor, dar și la nivelul personal de aspirații, determină într-un interval de timp relativ scurt apariția și consolidarea unor sentimente profunde de inadaptare, care se pot dezvolta până la dimensiunile unor adevărate complexe de inferioritate.

Impactul tulburărilor de învățare asupra desfășurării procesului de învățămînt trebuie analizat din două perspective:

- *perspectiva elevului*, caracterizată de reticență față de sarcinile școlare (și care se poate transforma cu rapiditate în repulsie), anxietate, tendință spre izolare și conduite de refugiu (răspunsuri formale, rezolvări copiate din manual sau de la colegi, scuze convenabile etc.);
- *perspectiva cadrului didactic*, marcată de disonanță cognitivă (între potențialul de învățare al elevului și nivelul de performanță constatat), stereotipuri privind atitudinile elevilor față de sarcinile școlare, generalizări inoportune ale conduitelor deviate tipice etc.

Impactul tulburărilor de învățare asupra procesului de învățământ nu se reduce doar la efectul imediat vizibil, și anume scăderea performanței școlare. Implicațiile cu adevărat importante sunt cele din planul personalității, iar un cadru didactic, corect consiliat de psiholog sau psihopedagog, își poate adecva metodele și cerințele la particularitățile elevului în dificultate.

4. 8. CORECTARE ȘI RECUPERARE ÎN CAZUL TULBURĂRILOR DE ÎNVĂȚARE

Orice plan de intervenție pornește de la diagnostic, iar acesta, după cum am văzut din analiza definițiilor, se bazează mai degrabă pe principiul eliminării cauzelor datorate altor deficiențe (criteriul *excluziunii*) și pe cel al diferențierii simptomatologice (criteriul *discriminării*), decât pe identificarea unor note specifice. În acest context, demersul corectiv-recuperator trebuie să țină cont de gama etiologică extrem de diversă și de disfuncțiile prezente la nivelul întregii personalități, ce depășesc simpla exteriorizare performanțială.

Înainte de implementarea unui astfel de plan, cadrul didactic (beneficiind de consilierea unui specialist) este dator:

- să definească cât mai exact trebuințele educaționale ale elevului;
- să precizeze obiectivele-cadru ale învățării și să le operaționalizeze pentru fiecare caz în parte;
- să evalueze aptitudinile și capacitățile elevului în raport cu obiectivele propuse;
- să își asigure baza materială necesară desfășurării lecției;
- să își adapteze metodele la necesitățile elevului cu tulburări de învățare;
- să aibă prevăzute modalități alternative de predare dacă cele alese inițial nu-și dovedesc eficacitatea;
- să conceapă sarcinile școlare într-un cadru flexibil, astfel încât evaluările de etapă să funcționeze ca adevărate bucle de aferență inversă (feedback);
- să gândească evaluarea școlară în termeni formativi, nu normativi (simpla notare).

Există o multitudine de modele de intervenție, deoarece este limpede că o abordare-tip nu are cum să fie încununată de succes în cazul unor tulburări de învățare atât de eterogene în etiologia și simptomatologia lor. Pentru exemplificare, prezentăm (cu unele adaptări) una din modalitățile de structurare a intervenției²³.

²³ Apud Clive Hodder, Jim Waligun și Mary Willard (1986). *Guide pour l'enseignement aux élèves ayant des difficultés d'apprentissage*. În I. Mușu (coord.) (2000, pp. 78 – 83).

Pașii de urmat sunt următorii:

A. *Analiza sarcinilor de efectuat.*

- *definirea obiectivelor.* ce va trebui elevul să realizeze la sfârșitul intervenției;
- *determinarea nivelului elevului la debutul activității.* sunt listate, în ordinea complexității, cunoștințele și deprinderile necesare realizării sarcinii și, în funcție de compatibilitatea acestora cu competențele constatate ale elevului (printr-o verificare de tip checklist), sunt scoase în evidență atât carențele, cât și punctele forte ale acestuia. Evaluarea permite raportarea elevului respectiv la un anumit nivel cerut de performanță și, deci, stabilirea etapei de la care să se pornească intervenția propriu-zisă;
- *planificarea și desfășurarea activităților.* trebuie să țină cont de disponibilitățile elevului de a atinge parametrii de performanță ceruți. Unii copii reușesc mai repede și cu un minim de efort din partea cadrului didactic, alții se descurcă mai greu, necesitând modificări de metodă și strategie;
- *evaluarea.* urmărește atingerea fiecărui obiectiv de etapă planificat, condiție obligatorie înainte de a se trece la etapa imediat superioară.

B. *Învățarea eficientă* vizează însușirea completă a unui set dat de deprinderi:

- *determinarea cerințelor.* analizând modul în care elevul se achită de sarcina pe care o are de executat, putem depista, din maniera sa de lucru și din greșelile pe care le comite, tipul de carențe, extinderea și profunzimea acestora;
- *stabilirea obiectivelor.* se face plecând de la listarea carențelor constatate în ordinea complexității lor și a dificultății de a le remedia. De asemenea se precizează perioada de timp în care se prevede realizarea fiecărui obiectiv în parte;
- *determinarea unităților de măsură.* norma de îndeplinit și randamentul activității sunt fixate prin raportare la un etalon de performanță specific vârstei. În acest mod, progresul copiilor cu tulburări de învățare poate fi măsurat prin comparație cu rezultatele de referință ale copiilor de aceeași vârstă care nu manifestă astfel de tulburări. Avem, deci, posibilitatea de păstra un punct de reper obiectiv, neinfluențat de evoluțiile individuale;
- *tabelul progresului zilnic.* folosește la contabilizarea ritmică a elementelor achiziționate și la vizualizarea progresului educativ. Devine util atunci când sensul evolutiv este pozitiv, deoarece menține tonusul optimist, motivant al elevului.

C. *Lucrul în grup* valorifică valențele interactive ale grupului școlar, fiind util mai ales la elevii mai mari. Pot fi constituite diverse tipuri de grupuri, în funcție de complexitatea și maturitatea relațiilor interpersonale:

- *grup de opinii.* tema anunțată este supusă explorării libere, netensionate, cadrul didactic ajutând doar la clarificarea necunoscutelor, fluidizarea exprimării și sistematizarea opiniilor;
- *grup de discuții libere.* deși nu există o constrângere în ceea ce privește exprimarea punctelor de vedere, încep să fie totuși impuse reguli cu privire la

luarea de cuvânt, ascultarea atentă a locutorului, formularea propriei opinii, reevaluarea ei critică în lumina celorlalte opinii, varierea perspectivei etc.;

- *grup de dezbateri*: formulă de lucru în echipă care permite abordarea unitară a problemelor. Este numit un conducător al grupului, în timp ce un alt elev preia sarcina evaluării participării la discuții a colegilor săi, rezumând totodată și concluziile dezbaterilor. Cadrul didactic coordonează activitatea grupului;
- *grup de lucru dirijat*: sunt fixate obiective concrete, care trebuie atinse prin participare activă. Cadrul didactic evaluează modul în care fiecare elev se implică în realizarea sarcinilor;
- *grup de cercetare*: elevii lucrează sub forma unei echipe, eșalonat pe zile sau săptămâni, pentru realizarea unui proiect. Cadrul didactic are rol de supervizare;
- *grup de analiză creatoare*: problemele controversate puse în discuție, care nu admit răspunsuri tranșante de tip „adevărat”/„fals”, stimulează participarea autonomă a elevilor și dezvoltă gustul pentru căutarea de soluții ingenioase, neașteptate. Decentrează copiii de pe propriile dificultăți, punând accentul pe motivația intrinsecă;
- *grup de simulare a situațiilor de viață*: se bazează pe „jocul de rol” și permite elevilor să-și exerseze deprinderile sociale în mediul securizant al clasei. Oferă, de asemenea, posibilitatea de a studia prestațiile colegilor și de a sesiza reușitele sau erorile acestora. Este o modalitate de experimentare controlată a diversității în planul atitudinilor, comportamentelor și interacțiunilor umane;
- *grup pentru stabilirea sistemului de valori*: permite elevilor să stabilească ierarhii valorice, să schimbe opinii despre valorile personale și să învețe să respecte valorile prețuite de celălalt.

D. *Utilizarea calculatorului* se impune atunci când servește scurtării timpului necesar însușirii cunoștințelor și deprinderilor planificate, și mai puțin atunci când deturneză elevul de la scopul principal al lecției. Programe specializate pot face sarcina didactică mult mai individualizată și mai interactivă.

E. *Tratamentul medical* are rol ameliorator, calmant sau fortifiant (în funcție de recomandările de specialitate). Este important ca efectele potențial benefice ale terapiei medicamentoase să nu fie supraevaluate în detrimentul formării unui stil de viață sănătos și a respectării unui regim alimentar echilibrat.

Există, de asemenea, metode ce vizează diferite aspecte particulare, cum ar fi dezvoltarea limbajului și a gândirii (de exemplu, metoda Russell Stauffer, metoda Giasson – Theriault, metoda Dorsey Hammond etc.). În opinia lui Gh. Radu (*op. cit.*, p. 15), „profilaxia și terapia tulburărilor instrumentale trebuie situate în centrul activităților de sprijin al copiilor cu probleme de învățare la debutul școlar și în primele clase ale ciclului primar”, demersul psihopedagogic trebuind planificat în contextul triadei *învățare – dezvoltare – compensare*.

În concluzie, dacă relația dintre dezvoltare și învățare este mediată de *zona proximei dezvoltări* (L. S. Vâgotski, 1934), relația dintre tulburările de dezvoltare și cele de învățare este modelată și augmentată de „zona proximei interacțiuni” dintre individual și social, adică de mediul școlar concurențial și normativ. Dacă, așa cum observa Gh. Radu (2002, p. 181), „pe zi ce trece se accentuează contradicția [...] dintre cerințele curriculare, adesea excesive, și capacitățile reale (mai nevăzute) ale multor copii de a face față, în activitatea școlară, acestor cerințe”, atunci devine din ce în ce mai dificil de mediat între presiunile de ordin competitiv impuse de către familie și societate și trebuințele de individualizare și cooperare școlară exprimate de către copiii cu tulburări de învățare.

DEFICIENȚELE FIZICE ȘI NEUROMOTORII

5. 1. DEFICIENȚELE FIZICE: DEFINIRE, ETIOLOGIE, CLASIFICARE

Categoria deficiențelor fizice include o gamă foarte diversă de afecțiuni morfologice și funcționale, multe dintre ele fiind efecte ale unor maladii ereditare ce conduc la malformații congenitale, respectiv consecințe de tip sechelar ale unor boli, traumatisme, expuneri la factori teratogeni (chimici, radioactivi etc.) în perioada fetală. Prin urmare, acestea „se constituie ca invalidități corporale ce slăbesc puterea și mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp ori numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă cuprinde atât infirmii motor sau locomotor [...], cât și pe cei care suferă de unele boli permanente (boli respiratorii, cardiopatii, diabet etc.) ce influențează negativ capacitatea fizică” (E. Verza, 1998, p. 105).

Deși în majoritatea cazurilor cei care au deficiențe fizice au funcțiile psihice (îndeosebi cele intelectuale) nealterate, totuși trăsături de specificitate se constată și în cazul lor. Aproape întotdeauna aceste deficiențe se transformă în handicap, motiv pentru care vorbim de *handicap fizic*, *handicap neuromotor*, *handicap psihomotor*. Acest lucru se întâmplă, pe de-o parte, fiindcă modalitățile chirurgicale, tehnice și paleativ-estetice sunt încă limitate și destul de rar reușesc să surmonteze efectele handicapante (în plan motor-acțional sau social-relațional) ale deficiențelor primare, iar, pe de altă parte, fiindcă societatea în întregul ei nu pare în momentul de față suficient de preocupată de a oferi acele adaptări structurale și funcționale minime pentru inserția școlară și socio-profesională a persoanelor cu handicap fizic¹. Vorbind despre normalizare²,

¹ Uneori constatăm situații care ar părea hilare, dacă nu ar fi tragice prin nepăsarea pe care o denotă, când, de exemplu, persoane cu handicap locomotor sunt îndrituite la călătorii gratuite cu mijloacele de transport în comun sau cu trenul, în condițiile în care ele nu pot ieși neasistate din casă (pentru că lifturile nu permit accesul cărucioarelor) sau nu se pot urca în aceste vehicule (atât din cauza înghesuiei, cât și datorită inexistenței unor amenajări speciale care să faciliteze accesul). Remarcăm totuși unele adaptări ale trotuarelor în dreptul trecerilor de pietoni, precum și faptul că, prin lege, nu mai este permisă construcția unor clădiri cu destinație publică fără asigurarea rampelor de acces în interior.

² V. capitolul *Societate și handicap*.

accesul celor cu handicap fizic nu se rezumă numai la nivelul bazal al facilităților de tip arhitectural ori tehnic, ci ne referim în principal la crearea acelor condiții care să permită participarea neîngrădită la viața socială, economică, culturală etc. a comunității căreia îi aparțin.

Etiologia deficiențelor fizice este foarte diversă, iar efectul lor incapacitant poate varia de la incomodări mai mult sau mai puțin stânjenitoare ale activităților cotidiene, la limitări severe ale mobilității generale. Sunt cauze interne, datorate unor anomalii în dezvoltarea somatică sau psihomotorie, precum și cauze externe, originare în particularitățile mediului de viață și activitate. Handicapurile fizic, locomotor și psihomotor pot fi rezultatul direct al deficienței morfologice sau funcționale sau efectul indirect al altor afecțiuni (de exemplu, instalarea cecității în urma unui accident de muncă poate determina destrucțiuni temporare sau permanente ale deprinderilor de autoservire, de muncă, de exprimare grafică, de orientare spațială; un accident vascular cerebral este însoțit de hemiplegie controlaterală etc.).

În general, sunt trei categorii de cauze (cf. E. Verza, 1998):

- *Predispozante*

Cu manifestare în perioada prenatală, cum ar fi anomaliile ereditare, anumiți factori nocivi ce țin de conduita maternă uzuală sau care se exercită din exterior asupra fătului, prematuritatea (asociată mai ales cu intervenții obstetrice improprii) etc., ce pot fragiliza organismul nou-născutului, făcându-l mult mai vulnerabil la agresiunile ulterioare; active pe parcursul vieții, practic în orice moment, dintre care cele mai importante sunt stilul nesănătos de viață și condițiile epuizante sau periculoase de muncă.

- *Favorizante*

Prezente în timpul dezvoltării timpurii a copilului, cum ar fi condițiile inadecvate de igienă, alimentație, activitate, locuit. Expunerea copilului la noxe chimice (fum de țigară, gaze de ardere, alimente contaminate) sau la factori ambientali necorespunzători din punct de vedere al confortului vizual, auditiv, termic etc., precum și neglijarea posturii corecte (poziții vicioase în timpul somnului sau la masa de scris) reprezintă premise adeseori ignorate atunci când se încearcă stabilirea precisă a cauzelor răspunzătoare pentru apariția unei anumite deficiențe fizice. De asemenea, afecțiunile cronice (poliartrită reumatoidă, insuficiență cardiacă, astm bronșic etc.), perioadele lungi de convalescență după boli grave sau intervenții chirurgicale complicate, rahitismul, deficiențele senzoriale sunt incriminate în mod curent în etiologia handicapurilor fizice. Aceste cauze „produc sau declanșează procesele patologice ce stau la baza celor mai frecvente deficiențe fizice, ele alterează structura și modifică funcțiunile normale ale organismului prin accidente și îmbolnăviri, leziuni sau dereglări mai mult sau mai puțin extinse” (E. Verza, *ibid.*, p. 106).

De asemenea, reiterăm efectul obiceiurilor personale dăunătoare sau al condițiilor grele de muncă, datorită impactului pe care îl au mai ales asupra tinerilor și vârstnicilor (teribilisme adolescente ce se pot solda cu accidente sau îmbolnăviri grave, medii profesionale toxice sau suprasolicitante fizic).

• *Determinante* (declanșatoare)

Acționează atât în timpul perioadei intrauterine, cât și postnatal. Prima categorie de cauze grupează factori ce țin de o anumită patologie maternă (cum ar fi infecții cu răspândire sistemică: sifilism, paludism, tuberculoză; tulburări endocrine și hematologice; dismetabolii; maladii ereditare etc.), dar și factori externi sau supraadăugați (expunere la radiații; traumatisme abdominale ale mamei; intoxicații cronice cu alcool, medicamente, plumb etc.; avitaminoze; efecte nocive ale mediului de muncă și de viață; vârstă prea înaintată a părinților). În a doua categorie sunt incluși factori ce afectează în mod nemijlocit copilul (începând cu manevrele obstetricale inoportune ce se pot solda cu fracturi, deformări sau compresii ale unor zone anatomice delicate, ajungând la traumatisme osoase, craniene ori scheletale, respectiv somatice; boli sau intoxicații ale copilului; suprasolicitare osoasă și musculară). Nu trebuie să uităm aici afecțiunile neurologice (innăscute sau dobândite) ce se fac răspunzătoare pentru o serie întreagă de handicapuri motorii și psihomotorii, ca infirmitatea motorie cu origine centrală sau encefalopatia infantilă cronică. Sindroamele neurologice sunt atât de neuron motor central (sindrom piramidal, extrapiramidal, cerebelos, al rigidității cerebrale), cât și de neuron motor periferic (sindroame medulare, leziuni nervoase periferice). Malformațiile congenitale și deficiențele fizice dobândite ulterior pot fi, la rândul lor, prin efectele debilizante asupra dezvoltării organice și psihice de ansamblu, factori predispozanți, dacă nu determinanți, pentru alte tulburări (precum cele locomotorii și psihomotorii). Bolile cronice degenerative (osteomielita, scleroza laterală amiotrofică, tuberculoza osoasă, distrofia musculară), fracturile vicios consolidate, accidentele de muncă conduc la handicapuri fizice severe. Chiar și adoptarea de către micii școlari a unor poziții vicioase în bancă sau transportarea unor serviete grele determină, în timp, deformări ale coloanei vertebrale fie în plan sagital (cifoza și lordoza), fie în plan frontal (scolioza)³.

În ceea ce privește *clasificarea* deficiențelor fizice⁴, două sunt categoriile principale:

- deficiențe morfologice (de structură);
- deficiențe funcționale (de activitate).

Acestea, la rândul lor, în funcție de extinderea și profunzimea afecțiunii, sunt:

- globale (generale sau de ansamblu),
- parțiale (regionale sau locale).

³ *Cifoza*: „deformație a coloanei vertebrale care constă într-o curbă exagerată cu proeminență dorsală”; *lordoza*: „curbă exagerată, cu convexitatea anterioară a coloanei vertebrale lombare”; *scolioza*: „deviere laterală a coloanei vertebrale” (MDE, s.v.). Adeseori, acestea se asociază (cifoscolioză etc.).

⁴ Cf. E. Verza (1998, pp. 108-110).

Subdiviziunea *deficiențelor morfologice globale* ia în considerare aspecte generale, precum:

- *deficiențe de maturaj somato-staturală*:
nanismul⁵, gigantismul⁶, acromegalia⁷, acromicria⁸, hipoplaziile⁹ etc.;
- *deficiențe de nutriție*:
distrofii¹⁰, debilitate fizică generală (mergând până la cașexie¹¹), obezitate;
- *deficiențe posturale* (de atitudine):
determinate de hipotonia musculară (flascitate), respectiv de hipertonia musculară (rigiditate, mergând până la spasticitate); asimetrii scheletale sau articulare etc.;
- *deficiențe tegumentare*:
tegumente cianotice, edemațiate, eritematoase, pigmentate, eczematotoase, descuamate, pruriginoase¹²; hiperkeratoză¹³, hipertricoză¹⁴ etc.;
- *deficiențe osoase*:
demineralizări (mai ales decalcifieri), deformări, torsionări, fracturări, secționări (traumatice sau chirurgicale), sinostoze¹⁵ etc.;

⁵ „Anomalie caracterizată prin creștere insuficientă în înălțime în raport cu media vârstei [...]. Poate fi urmarea unor tulburări endocrine, nervoase, cardiace, renale, digestive, osoase, a unor carențe alimentare etc.” (MDE, s.v.).

⁶ „Creștere exagerată a corpului în înălțime sau a unor segmente corporale, datorită hipersecreției hormonului somatotrop, hipofizar” (MDE, s.v.).

⁷ „Boală endocrină caracterizată prin dezvoltarea exagerată a capului și a membrilor, datorită unei hipersecreții a hormonului hipofizar de creștere în perioada vârstei adulte” (MDE, s.v.).

⁸ „Sindrom glandular caracterizat prin oprirea dezvoltării extremităților, datorită insuficienței prepubertare a secreției hormonului hipofizar de creștere” (MDE, s.v.).

⁹ „Dezvoltarea insuficientă sau incompletă a unui organ sau a unui țesut” (MDE, s.v.).

¹⁰ „Alterare a structurii normale a unui țesut, a unui organ, a unui sistem, a unei regiuni anatomice sau a întregului organism datorită unei tulburări de nutriție” (MDE, s.v.).

¹¹ „Tulburare metabolică profundă, întâlnită mai ales în bolile cronice, care se caracterizează prin scădere extremă în greutate, dispariția stratului adipos, atrofie musculară, tulburări trofice, astenie marcată etc.” (MDE, s.v.).

¹² *Prurit*. „mâncărime intensă a pielii, care apare în diferite boli de piele și în cursul unor afecțiuni generale (ictér, boala lui Hodgkin etc.)” (MDE, s.v.).

¹³ „Îngroșare fiziologică sau patologică a stratului cornos al pielii” (MDE, s.v.).

¹⁴ „Hirsutism” (MDE, s.v.). Poate sta la originea unui handicap estetic.

¹⁵ „Fuziunea (patologică sau chirurgicală de necesitate) a două oase care normal există și funcționează separat și bine individualizate” (MDE, s.v.).

- *deficiențe articulare:*

deformări traumatice sau patologice (reumatoide), mobilitate redusă (datorită distrugerii discurilor articulare, artralgiilor¹⁶, artrozei¹⁷, sinovitei¹⁸, calcifierii articulare etc.) sau exagerată (datorită distrugerii capsulei articulare, a ligamentelor, aponevrozelor musculare, epifizelor osoase etc.), imobilitate articulară;

- *deficiențe musculare:*

structurale (distrofii și atrofii musculare); funcționale (distonii, miotonie¹⁹); miozită²⁰, miopatie²¹ etc.

Subdiviziunea *deficiențelor morfologice parțiale* cuprinde:

- *deficiențe ale capului, feței și gâtului:*

micro- și macrocefalie, hidrocefalie²², brahicefalie sau dolicocefalie²³ patologică etc.; asimetrii faciale, cicatrici inestetice, malformații (orbitale, nazale, mandibulare, maxilo-dentale, palatale), prognatism²⁴, hipertelorism²⁵, pareze faciale; deformări și asimetrii ale gâtului în

¹⁶ Artralgie: „Durere articulară care apare în reumatism, după eforturi fizice prelungite” (MDE, s.v.).

¹⁷ „Boală articulară cronică de tip degenerativ, datorată unor tulburări de nutriție, cu uzură osteoarticulară consecutivă” (MDE, s.v.).

¹⁸ „Inflamație acută sau cronică a membranei sinoviale; provoacă dureri și împiedică funcționarea articulației respective” (MDE, s.v.).

¹⁹ „Boală caracterizată prin tulburări în contracția mușchilor; are adesea un caracter ereditar” (MDE, s.v.).

²⁰ „Inflamație acută sau cronică a unui sau a mai multor mușchi scheletici” (MDE, s.v.).

²¹ „Boală cronică progresivă care afectează musculatura striată (în special cea a membrilor), manifestându-se prin atrofii musculare, adesea simetrice, și prin hipotonie musculară” (MDE, s.v.).

²² „Acumulare excesivă de lichid cefalorahidian în ventriculii cerebrali și în spațiile subarahnoidiene, însoțită de atrofia creierului, iar la copii și de creșterea progresivă a volumului cutiei craniene incomplet osificate” (MDE, s.v.).

²³ *Craniu brahicefal*: „cu diametrele longitudinal și transversal aproape egale”, respectiv dolicocefal: „caracterizat prin alungire anteroposterioară” (MDE, s.v.).

²⁴ „Conformație particulară a feței, caracterizată prin proeminența anterioară, în formă de bot, a maxilarelor sau numai a arcadelor dentale ale acestora” (MDE, s.v.).

²⁵ „Creștere a distanței interpupulare, având ca efect aspectul de ‘ochi îndepărtați’”. Sunt descrise două forme: hipertelorism ocular (datorat deformării porțiunii anterioare a bazei craniului și a oaselor faciale adiacente) și hipertelorism orbital (datorat distanței exagerate dintre pereții laterali ai orbitei). Prima formă este specifică sindromului Apert, sindromului Greig etc., în timp ce a doua formă este întâlnită în sindromul Down, sindromul Patau etc. (C. Gorgos, 1988, s.v.).

distrofia endemică tireopată (gușă endemică) sau în boala Basedow (gușă exoftalmică); torticolis²⁶;

- *deficiențe ale trunchiului:*

malformații, deformări, asimetrii toracice, vertebrale, scapulare, sacro-coxale; anomalii abdominale (de formă, de consistență), eventrații²⁷, hernii²⁸ etc.;

- *deficiențe ale membrelor superioare:*

inegalități în lungime sau grosime, asimetrii, deviații, malformații (aplazii, hipoplazii), amputații; deformări ale centurii scapulare; disfuncționalități ale pronăției, supinației, abducției, adducției²⁹, poziționări vicioase (flasce, spastice); adactilie, sindactilie³⁰, hipocratism digital³¹;

- *deficiențe ale membrelor inferioare:*

inegalități în lungime sau grosime, malformații, deviații și luxații, contracturi și poziții vicioase de tip sechelar, curburi anormale³².

Categoria *deficiențelor funcționale* include:

- *deficiențe ale aparatului neuromuscular.*

diferite forme și grade de paralizii (în sindroamele piramidale, extra-piramidale, medulo-vertebrale etc.); mișcări coreice, atetozice; bradi- și hiperkinezii, tulburări psihomotorii, locomotorii, vestibulare etc.;

²⁶ „Simptom caracterizat prin înclinarea laterală a capului și a gâtului, datorită unor hipertonii musculare vertebrale sau nervoase. Este însoțit de durere și de limitarea mișcărilor” (MDE, s.v.).

²⁷ „leșire sub piele a viscerelor învelite în sacul peritoneal; apare după o operație și, uneori, spontan ca urmare a unor eforturi fizice exagerate sau prin scăderea tonicității mușchilor și aponevrozelor care formează peretele respectiv” (MDE, s.v.).

²⁸ „leșire printr-un orificiu sau traiect, preexistente embrionar, a unui sau a mai multor viscere, în afara cavității în care se găsesc în mod normal” (MDE, s.v.).

²⁹ *Pronație*: „mișcare de rotație internă a antebrațului în jurul axei sale longitudinale”; *supinație*: „mișcare de rotație a antebrațului care apropie marginea cubitală a acestuia și a mâinii de axul median al corpului” (MDE, s.v.); *abducție*: mișcare de îndepărtare a membrului de axul median al corpului; *ad(d)ucție*: mișcare de apropiere a membrului de axul median al corpului.

³⁰ *Adactilie*: „absența congenitală a degetelor”; *sindactilie*: „malformație congenitală a mâinii sau a piciorului, constând în lipirea a două sau a mai multor degete între ele prin sudarea părților moi (piele și mușchi), oasele rămânând separate” (MDE, s.v.).

³¹ „Îngroșare a extremităților degetelor, cu bombarea unghiilor” (MDE, s.v. „hipocratism”).

³² *Genu valgum* și *genu varum* (genunchii fiind exagerat de apropiați, respectiv de depărtați); *pes valgus* și *pes varus* (arcuire interioară, respectiv exterioră a piciorului).

- *deficiențe și tulburări ale aparatelor anatomo-fiziologice și ale funcțiilor vitale:* cu referire la principalele funcții, aparate și sisteme ale organismului (respirator, cardiovascular, osteomuscular, endocrin, digestiv, renal, genital, excretor, senzorial intero- și exteroceptiv etc.). Afectarea acestora, chiar și într-o mică măsură, se repercutează negativ asupra mobilității motorii și coordonării psihomotorii a individului.

5. 2. MERSUL ȘI PREHENSIUNEA: FORME COMPLEXE DE PSIHOMOTRICITATE

Dezvoltarea motorie și psihomotorie a copilului este parte a dezvoltării sale generale somato-psihice. În mod normal, nu există discrepanțe majore între dezvoltarea (psiho)motorie și cea cognitivă ori verbală. Palierete diferite ale dezvoltării tind, la copilul normal, să se susțină și să se stimuleze reciproc. De aceea, dereglările sau anomaliiile în conduita (psiho) motorie atrag atenția și asupra unor tulburări de mai mare anvergură la nivelul proceselor psihice elementare sau superioare. Cele două tipuri esențiale de mișcări, mersul și prehensiunea, cunosc o dezvoltare stadială, orice întârziere evidentă fiind adesea simptom al unei deficiențe. Importanța cunoașterii traseului dezvoltării neuromotor constă, pe de-o parte, în faptul că la copilul foarte mic (cu vârstă până într-un an) aceasta constituie uneori *singurul* element diagnostic când semnele clinice ale unei eventuale leziuni cerebrale sunt slab exprimate; pe de altă parte, procedurile fizioterapeutice și kinetoterapeutice trebuie să țină cont nu de vârsta cronologică, ci de nivelul dezvoltării sale motorii (principiu de bază al reeducării neuromotorii) (N. Robănescu, 1992, p. 58).

Psihomotricitatea este definită de D. Moțet (2001, p. 23) ca fiind o „expresie complexă a interrelațiilor dintre procesele psihice și cele motrice, care asigură atât receptarea și prelucrarea informațiilor, cât și căile de transmisie pentru executarea corespunzătoare a răspunsului”.

În concepția sa, structura psihomotricității este tridimensională, componentele acesteia fiind:

- cunoașterea (organizarea) schemei corporale și formarea imaginii de sine, cuprinzând reprezentarea schemei corporale, pozițiile fundamentale și capacitatea de a opera cu ele, lateralitatea și dominanta acesteia, controlul segmentelor și stabilirea dominantei segmentare ;
 - conduitele motrice de bază, conținând deprinderi motorii fundamentale (coordonarea dinamică generală, precum și cea dinamică segmentară);
 - conduitele perceptiv-motrice, incluzând orientarea, organizarea și structurarea spațială și temporală, relaxarea și autocontrolul mișcărilor, reglarea activității cu ajutorul limbajului.
- P. Arcan și D. Ciumăgeanu (1980) se referă și ei la caracteristicile esențiale ale psihomotricității, cu implicații în reeducarea neuromotorie:
- dezvoltarea psihomotorie se desfășoară stadial, în etape distincte și cu elemente specifice fiecărei vârste;

- transformările sunt continue dar de mică amplitudine;
- dezvoltarea psihomotricității înregistrează salturi calitative ce au la bază acumulări cantitative, noile scheme acționale fiind superioare celor anterioare;
- aspectele calitative nou apărute nu le elimină pe cele precedente, ci le includ și le eficientizează;
- adeseori pot fi constatate desincronizări ale dezvoltării diferitelor sub-componente ale psihomotricității.

De remarcat faptul că dezvoltarea psihomotricității se desfășoară în contextul multidimensional al maturizării generale, somato-psihice. O formă particulară de psihomotricitate este fono-articulația, grav afectată în alalie și afazie.

Mersul reprezintă o deplasare a întregului corp, într-o direcție oarecare, ce nu se rezumă doar la mișcări alternative ale picioarelor (cu depărtarea centrului de greutate din poziția de echilibru static³³), ci care implică intrarea în activitate a multor grupe musculare, răspunzătoare, printre altele, de controlul mișcărilor de balans, de varierea cadenței și a lungimii pașilor în funcție de particularitățile drumului ori de intențiile individului etc. Este o deprindere automatizată complexă, fiind, alături de respirație, una dintre cele mai coordonate scheme motorii. Deși se derulează cvasiautomat, mersul este permanent supervizat și ajustat cortical (prin căile piramidale) și subcortical (prin cele extrapiramidale). Ori de câte ori se dovedește necesar, controlul voluntar se reinstaurează aproape instantaneu și se menține atât cât trebuie (mersul pe suprafețe alunecoase sau înclinate, mersul pe teren accidentat necunoscut, mersul „pe poante”, mersul în pas de defilare etc.). Există o varietate imensă de scheme locomotorii normale, dar și destule mișcări defectuoase cu importanță patognomonică³⁴.

Prehensiunea este un act motor³⁵ mai fin și mai complicat decât mersul. Opozabilitatea policelui o face posibilă la nivelul mâinii, chiar dacă, spre deosebire de maimuțele antropoide, această proprietate nu se întâlnește și la haluce. Implică o integrare funcțională foarte înaltă a centrilor motori din zonele de proiecție corticală primară („homunculus motor”), a neuronilor din zonele de asociație, a celor din aria Broca (răspunzători de latura efectorie a limbajului verbal). Integrările suplimentare presupun informații de la analizatorii de distanță (văz, auz) și de contact (termo-tactil). Nivelul controlului cortical depinde de gradul de automatizare a deprinderii psihomotorii respective. Există mai multe moduri de prehensiune, acestea dezvoltându-se o dată cu structura osteomusculară a mâinii, în special cea a falangelor:

³³ Mersul fiind, metaforic vorbind, un fel de continuă „cădere controlată”.

³⁴ Despre simptomele caracteristice fiecărei boli: „pe baza căruia se poate pune diagnosticul” (*MDE*, s.v.).

³⁵ În sens generic (pentru că, altfel, mai multe acte motorii se integrează într-o acțiune, iar mai multe acțiuni se coordonează într-o activitate motrică).

- prehensiune cubitală³⁶ (apare în jurul vârstei de 6 luni): apucare a obiectului „cu toată mâna”;
- grifă palmară: apucare a obiectului fără participarea directă a policelui;
- prehensiune între police și fața laterală a indexului (către vârsta de 7 luni);
- prehensiune cu opozabilitate deplină a policelui (după 8 luni);
- pensă formată de police, pe de-o parte, și de index și medius, pe de altă parte;
- pensă formată de police și index (completă după vârsta de 14 luni).

De menționat că această ultimă formă de prehensiune permite activități psihomotorii complexe, precum scrisul, cusutul, încheierea sau descheierea la nasturi, legarea șireturilor etc. Evident, scalele de evaluare a dezvoltării psihomotorii vor include între itemii lor și performarea unor astfel de acțiuni și activități de bază.

Mai trebuie adăugat că, „în ceea ce privește handicapul creat de deficiențele sau tulburările psihomotricității, [...] acestea se asociază în toate cazurile cu handicapurile fizice, de cele mai multe ori având o cauzalitate comună, iar în multe situații deficiențele fizice devin cauze și ale tulburărilor psihomotrice” (E. Verza, 1998, p. 111).

5. 3. REPERE ÎN DEZVOLTAREA MOTORIE ȘI PSIHOMOTORIE A COPILULUI

Robănescu (1992, pp. 58-63) face o sinteză a principalelor momente ale dezvoltării neuromotorii la copilul normal. Acestea sunt:

1. *Stadiul mișcărilor neorganizate* (0-3 luni).

(În prima lună): mișcărilor nou-născutului sunt incoerente, fără obiect și fără finalitate, fiind subordonate reflexelor tonice de postură primitive. Postura este simetrică, predominând tonusul flexorilor (nu poate să-și întindă complet membrele, ține pumnii strânși, reușește totuși mișcări alternative cu picioarele). În decubit³⁷ ventral, modelul de flexie se păstrează. Capul poate fi întors spre dreapta sau stânga. Apare reflexul Moro (reacție a nou-născutului provocată de zgâlțâirea mesei pe care este așezat, suflarea unui jet de aer asupra feței, tapotarea³⁸ abdominală sau, mai ales, de coborârea bruscă a palmelor care susțin copilul în decubit dorsal): abducție și extensie a membrelor superioare, cu deschiderea palmelor și a degetelor, urmate apoi de flectarea membrelor superioare pe piept și contractura pumnilor; membrele inferioare se flectează în primul moment, ca mai apoi să se extindă. Reflexul Moro diminuează spre cinci, șase luni și dispare până la vârsta de zece luni. Se remarcă reflexul de „pășire

³⁶ *Cubitus* și *radius* sunt cele două oase componente ale scheletului antebrațului.

³⁷ „poziție a corpului când este întins în plan orizontal” (MDE, s.v.).

³⁸ Percuție ritmică.

peste obstacol": adus la marginea unei mese, în ortostatism susținut axilar, dacă partea dorsală a piciorului întâlnește obstacolul reprezentat de muchia mesei, copilul va flecta segmentele membrului inferior, adică va urca piciorul pe masă; mișcarea este urmată de extensia acestor segmente și de sprijinirea plantei pe suprafața de contact. Acest reflex este prezent încă din a zecea zi după naștere.

(La o lună): poate urmări un obiect mobil cu privirea și reacționează la sunetul clopoțelului. În decubit dorsal poate întoarce capul parțial în lateral, membrele sale poziționându-se sub efectul RTC (reflexelor tonice cervicale), în funcție de poziția capului (rotarea capului determină extensia membrului superior de partea facială și flexia celui de partea occipitală). Acest reflex primitiv este prezent până la vârsta de 3 luni. În decubit ventral poate să-și mențină capul ridicat câteva momente și poate să-l întoarcă. Schițează cu gambele mișcări de târare. Membrele inferioare se extind mai bine decât cele superioare. Dacă este susținut axilar în poziție ortostatică, apare reflexul de „pășire”; dacă, în această poziție, este înclinat într-o parte, se constată extensia membrului inferior de acea parte, în încercarea de a se sprijini pe vârful acestuia (reacție de sprijin pozitivă). De asemenea, dacă este susținut axilar în poziție ortostatică, cu picioarele sprijinite pe sol, și dacă este proiectat înainte, nou-născutul va schița câțiva pași, cu ritm constant și cu un bun rulaș al piciorului. „Mersul” automat (reflexul McKeith) poate fi provocat din nou prin extensia pe spate a capului copilului, chiar și după încetarea reacției inițiale. Dacă persistă după vârsta de 4-5 luni, este semn patognomonic în leziunile căilor piramidale.³⁹ În prima lună de viață apare și reflexul de „prindere” (strânge degetul adultului atunci când simte o apăsare ușoară în podul palmei). Fixează chipul adultului și se oprește din plâns atunci când i se vorbește.

(La două luni): urmărește un obiect deplasându-se în plan orizontal de la o margine la cealaltă a orizontului. Face diferențieri sonore mai fine (deosebește sunetul clopoțelului de cel al soneriei). Apare surâsul, ca primă formă socializată de comunicare. Se constată o mai bună extensie a membrelor inferioare, în timp ce membrele superioare nu pot încă servi drept sprijin, rămânând flectate în decubit ventral. RTC sunt încă active. Se observă o îmbunătățire a controlului mișcărilor capului.

(La trei luni): sunt înregistrate progrese majore în maturizarea analizatorilor (de exemplu, diferențiază clar culoarea roșie de cea verde, deosebește gustul dulce de cel sărat sau amar). Gângurește. Copilul poate sta în decubit ventral, cu bazinul pe planul de sprijin, susținându-se pe coate și antebrate (în așa-numita postură a „păpușii”). Își menține capul ridicat, chiar dacă ține încă pumnii strânși. Susținut în poziție ortostatică, poate să își lase greutatea pe un picior, fără să mai calce pe vârf. Este capabil să apuce obiecte mari și să le tragă spre el. Apare jocul cu mâinile (primele încercări de coordonare oculo-

³⁹ Aceste reflexe nu sunt încă suficient de bine explicate, de aceea este greu de spus care este importanța lor în dezvoltarea neuromotorie normală a copilului foarte mic.

manuală). Se constată dezvoltarea treptată a tonusului de extensie (extensia începe cu capul, cuprinde coloana vertebrală, apoi șoldurile). Pe măsură ce se amplifică tonusul extensorilor, se diminuează reflexele tonice cervicale (RTC), fenomen ce permite rostogolirea.

2. Stadiul mișcărilor necoordonate (4-6 luni).

(La patru luni): dezvoltare continuă a analizatorilor. Apare râsul. Copilul se poate întoarce pe jumătate din decubit dorsal în decubit ventral. Își susține capul ridicat și îl întoarce în ambele sensuri. Așezat în poziția „păpușii”, se sprijină și pe palme, cu opozabilitatea completă a policelui. Reține obiectele cu mâna, se agață de părul sau hainele persoanelor care se apleacă asupra sa.

(La cinci luni): în decubit dorsal, face mișcări relativ coordonate în încercarea de a se debarasa de o batistă care i-a fost așezată pe față. Execută mișcări de pedalare cu membrele inferioare. Își prinde coapsa cu mâinile, eventual piciorul. Poate sta în șezut, cu sprijin lombar. Controlul mișcărilor capului este foarte bun. Creșterea tonusului extensor face posibilă apariția reflexului Landau (combinație de reflexe de redresare și RTC: dacă copilul este ridicat din decubit ventral, fiind susținut cu o mână așezată sub torace sau abdomen, el își va curba coloana în extensie și își va înălța capul, concomitent cu extensia membrelor inferioare; dacă, în acest moment, se apasă pe cap în jos, încercând să-l flectăm pe piept, tonusul de extensie dispare imediat, iar copilul se „înmoaie ca o păpușă de cârpă”). Inhibarea RTC asimetric duce la dezvoltarea mișcărilor simetrice controlaterale. Spre vârsta de șase luni apar primele reacții de echilibru în decubit dorsal și ventral.

(La șase luni): în decubit dorsal, poate să-și aducă genunchiul flectat la piept. Se târăște în toate felurile și în toate direcțiile. Se rostogolește pe burtă și pe spate. În decubit ventral, se poate sprijini pe coate, ușor depărtate în lateral. Stă în șezut, cu sprijin, și își poate întoarce capul în toate direcțiile. Prinde obiectele în mod rudimentar, cu grifă palmară cubitală și opozabilitate parțial reușită a policelui. Apare reacția de ortostatism: dacă nou-născutul este susținut axilar, se produce o extensie progresivă a segmentelor membrelor inferioare (uneori fiind necesară extinderea pasivă a capului). Către luna a șaptea, această reacție poate fi înlocuită temporar cu o fază curioasă de *astazie*, când copilul refuză să se sprijine pe picioare (ba chiar le și flectează din toate articulațiile). Aceasta nu constituie o etapă obligatorie în dezvoltarea neuromotorie a copilului mic.

3. Stadiul coordonării incipiente (7-10 luni).

(La șapte luni): poate să se ridice în șezut din decubit dorsal, șade fără să se sprijine și își folosește mâinile pentru echilibrare sau în scop ludic. Este capabil să țină câte un cub în fiecare mână sau să prindă un obiect mărunț, cu pensă totală. Poate ridica o ceașcă răsturnată, apucând-o de toartă. Examinează cu interes o jucărie nouă. Folosește silabele.

(La opt luni): se ridică în șezut cu ușurință. Se rostogolește, alternând coordonat flexia și extensia brațelor și gambelor. Schițează primele încercări de a se ridica, după depășirea eventualei faze de *astazie*. Prehensiunea se

face cu grifă palmară radială, cu opozabilitatea totală a policelui. Către sfârșitul acestei perioade apare reflexul de „pregătire pentru săritură” (*ready-to-jump*). Este un reflex de apărare ce constă în extensia brațelor și proiectarea lor înainte, mișcare însoțită de extensia mâinilor și a degetelor, cu desfășurarea lor completă în momentul în care corpul este pe punctul de a cădea în față. Reflexul poate fi evidențiat prin simularea unui „zbor în picaj” către planul patului sau al mesei de examinare (susținut în decubit ventral, copilul este proiectat brusc în jos și înainte). Prezența lui este deosebit de importantă, deoarece acesta ne însoțește toată viața (fiind răspunzător de unele leziuni tipice care se produc atunci când ne împiedicăm sau alunecăm, cum ar fi, de pildă, fractura extremității distale a radiusului). Se mai numește și reflexul tip „parașută” (prin analogie cu deschiderea acesteia în timpul saltului aerian) și se manifestă oricare ar fi direcția dezechilibrării.

(La nouă luni): copilul se poate deplasa „în patru labe” (reflexul *ready-to-jump* avându-și partea sa de contribuție). Actul extraordinar de ridicare în picioare se poate realiza în două variante: fie plecând de la poziția patrupeadă, cu susținere exterioară (obiect apropiat, mâna părintelui), aducând un picior înainte (de regulă cel corespunzător dominanței oculomotorii, aflate și ea în curs de definire), prin fandare (adoptând poziția „cavalerului în genunchi pentru înnobilare”) și sprijinire pe acesta; fie din poziție stând pe genunchi, prin „auto-cățărare”, sprijinindu-se cu mâinile pe propriile sale coapse, ajutând genunchii să se extindă, căutând apoi, odată ridicat în picioare, un suport de care să se țină. Primii pași ai copilului sunt esențiali nu numai în ceea ce privește schimbarea perspectivei vizuale ori dobândirea adevăratei autonomii motorii, ci și în formarea schemei corporale corecte și complete și, mai târziu, în edificarea unei imagini de sine sănătoase. La această vârstă, copilul poate să apuce obiecte mici prin pensă bidigitală (police – index) aproximativă.

(La zece luni): coordonarea mișcărilor copilului în toate cele trei planuri este din ce în ce mai fină. Aparatul kinestezico-vestibular ajută copilul să-și controleze tot mai mult echilibrul. Mișcările capătă fluentă, chiar eleganță. Mersul este încă rudimentar, necesitând sprijin și dese momente de repaus. Căzăturile frecvente (mai ales dacă se dovedesc și dureroase) pot descuraja un timp copilul imprudent să mai adopte stațiunea bipedă. Deplasarea patrupeadă este rapidă, cu încrucișare homolaterală a mâinilor și genunchilor. În poziție șezândă, echilibrul lateral nu depinde de postura membrelor inferioare. Echilibrul în ortostatism este însă foarte precar. Prehensiunea devine din ce în ce mai fină, obiectele fiind manipulate cu o oarecare dexteritate (poate culege sămburi de cireșe de pe covor). Apare socializarea mișcărilor (gesturi cu semnificație socială: „pa!”, „vino!”, „vreau asta!” etc.).

4. Stadiul coordonării parțiale (11-24 luni).

(La unsprezece luni): deplasarea patrupeadă este încă importantă. Copilul pășește doar dacă este sprijinit în poziție ortostatică. Își poate menține singur echilibrul, stând în picioare, pentru câteva secunde.

(La douăsprezece luni): conduita locomotorie bipedă este încă labilă. Preferă mersul în lateral, cu bază largă de susținere, ținându-se de mobile sau de una din mâinile părintelui. Pensa digitală este fiabilă. Cooperează la îmbrăcare, scoate brațele din mâneci și trage piciorul din pantof, își pune pieptenele în păr ori își poate duce batistuța la nas.

(Între 12 și 18 luni): reflexul Landau dispăre. Mersul este mai sigur, deși copilul încă păstrează tendința de a se întoarce cu tot corpul o dată („ca lupul”). La jumătatea perioadei, mersul devine independent. Copilul poate porni și se poate opri fără incidente. Construiește un tum din 3 cuburi suprapuse. Este capabil să introducă mărgelile într-o sticlă cu gâtul larg și să ajute la întorsul paginilor cărților pentru copii. Către sfârșitul intervalului, autonomia locomotorie bipedă se consolidează. Copilul poate să tracteze jucării, mergând cu spatele înainte. Urcă scările, ținându-se de balustradă. Poate să meargă, ținând păpușa în brațe (ceea ce dovedește un echilibru dinamic foarte bun). Când aleargă, are tendința să țină picioarele rigide, fără să-și folosească eficient articulațiile. Prehensiunea tot mai fină îl poate ajuta la autoservire, însă se mai pătează cu alimente.

(Între un an și jumătate și doi ani): se dezvoltă capacitatea de sta în echilibru pe un singur picior (întâi cu sprijin, apoi independent). Poate construi un turn stabil din 5-6 cuburi suprapuse.

(La doi ani): copilul aleargă fără să se împiedice. Este capabil să urce și să coboare scările dar cum, de regulă, acestea sunt mai înalte decât pasul său obișnuit, se ajută aducând amândouă picioarele pe aceeași treaptă și continuând așa până la capătul scării. În mers, rulajul piciorul se face pe călcâi și degete, cu accentuarea bolții plantare. Poate să ridice obiecte de pe podea fără să se dezechilibreze. Începe să deseneze forme incerte, ținând creionul în pensă digitală. Poate întoarce singur paginile unei cărți. Construiește turnuri stabile din mai multe cuburi suprapuse.

Până la vârsta de trei ani, copilul reușește să deprindă mersul „pe poante” și schițează unele mișcări de dans. Poate să sară, fără să cadă, de la o înălțime de 20-30 de centimetri, ținând picioarele lipite unul de altul. Poate să arunce mingea, fără să se dezechilibreze.

5. Stadiul controlului total al corpului (după 3 ani).

(La trei ani): în mers, copilul poate urma un traseu rectiliniu, făcând 1-3 greșeli pe o distanță de 30 de metri. Urcă scara alternând pașii, dar coboară încă prin metoda alăturării ambelor picioare pe aceeași treaptă. Ajuns la capătul inferior al scării, poate sări, cu amândouă picioarele o dată. Încearcă să se încalțe singur, chiar dacă nu întotdeauna cu succes. Construiește tumuri stabile și din nouă cuburi suprapuse. Poate pune 10 mărgelile într-o sticlă cu gât îngust în circa 30 de secunde. Este capabil să deseneze aproximativ un pătrat, dar mai greu un romb. Poate copia o cruce.

(La trei ani și jumătate): își poate menține echilibrul, stând pe vârfuri, circa 10 secunde. De asemenea, este în stare să meargă pe vârfuri o distanță relativ mare. Folosește tricicleta în mod independent. Se spală, cu oarecare succes, pe mâini și pe față, fără asistență.

(La patru ani): își poate menține echilibrul stând pe un singur picior circa 4-8 secunde, fără ajutor. Sare în lungime, ținând amândouă picioarele lipite. Urcă și coboară scara, alternând lejer picioarele. Sărind de 2-3 ori într-un picior, se poate deplasa circa doi metri. Prehensiunea devine tot mai fină (fapt dovedit de îmbunătățirea deprinderilor grafice).

La cinci ani, copilul este pregătit să-și folosească și să-și dezvolte în mod independent aptitudinile locomotorii și psihomotorii. Sunt posibile acum activități complexe precum desenatul (inteligibil), cântatul la un instrument, dansatul (ballet) sau gimnastica (sportivă).

De remarcat faptul că sunt reflexe care apar foarte timpuriu, în timp ce altele se instalează mai târziu. De asemenea, foarte important de observat este faptul că unele reflexe dispar la copilul normal (cum ar fi reflexul ambulator automat), fiind numite *primitive*, pe când altele se mențin și se dezvoltă pe parcursul întregii vieți (reflexele de apărare contra căderii). Reflexele posturale, în ansamblul lor, reprezintă jaloane esențiale în dezvoltarea neuromotorie a copilului. Întârzierea în apariția și dezvoltarea reflexelor de redresare este direct proporțională cu prezența unei hipertonii musculare. Asimetriile în cazul reflexelor de apărare pot indica deficiențe neuromotorii grave (hemiplegia urmând să completeze tabloul simptomatologic). La fel, tremorul prelungit poate fi semn al sindromului atetozic sau ataxic. Reflexele de apărare și de redresare se integrează în structuri motorii stereotipe, cu rol de echilibrare, care se corelează foarte strâns, în plan acțional-comportamental, cu capacitatea copilului de a efectua anumite acte motorii sau gesturi cu semnificație socială. Să nu uităm însă că există diferențe interindividuale semnificative, unii copii, de pildă, fiind capabili să se ridice în picioare încă de la opt luni, în timp ce alții o fac abia la vârsta de optsprezece luni. De asemenea, sunt copii la care etapa deplasării patrupede este insignifiantă. Pe de altă parte, chiar și la copilul normal dezvoltat, în vârstă de șase-șapte ani, se mai pot observa unele sinkinezii, incoordonări ale motricității fine, deficiențe de postură.

5. 4. EVALUAREA DEFICITULUI NEUROMOTOR

Evaluarea deficitului neuromotor se derulează respectând următoarele etape (cf. N. Robănescu, 1992, D. Moțet, 2001):

- *anamneza* cazului nou înregistrat;
- observarea comportamentului manifest (*examenul inițiative*): sunt luate în considerare gradul de conservare a atitudinilor posturale, de perseverare în mișcare și de anticipare a mișcării. Se pot decela diskineziile și sinkineziile, mișcările atetozice și coreice, ataxia, tremorul și mișcarea sacadată a mâinilor, hipo- și hipertonia musculară, asimetriile funcționale, contracturile, deficiențele de mers și prehensiune, deficiențele de echilibru static și dinamic;

• *evaluarea nivelului funcțional motor*: instrumentul utilizat este de tip checklist, urmărindu-se corespondența dintre comportamente-cheie înscrise pe fișa de evaluare a nivelului funcțional motor și activitatea copilului. Itemii bifați sunt creditați cu câte un punct fiecare, suma lor reflectând cifric starea funcțională a membrului evaluat sau a întregului organism. De regulă, se calculează scoruri separate pentru membrele inferioare și, respectiv, pentru cele superioare. Acestea vor fi introduse într-un tabel care va mai include și rezultatele de la alte examinări (senzorială, verbală, psihologică). Evoluția motorie propriu-zisă poate fi evaluată grosier prin raportare la *scara Hansen*, care ia în considerare următoarele grade de infirmitate:

0 : atunci când nu se poate evidenția nici o tulburare;

I : atunci când tulburarea poate fi decelată doar de către specialist;

II : atunci când tulburarea, deși manifestă, nu îl incomodează pe individ;

III : atunci când tulburarea neuromotorie îl jenează vizibil pe individ;

IV : atunci când tulburarea este atât de gravă încât prognosticul rămâne rezervat.

În ceea ce privește copilul cu infirmitate motorie de origine centrală însă, „orice sistem de notare s-ar folosi, el rămâne totuși o imagine palidă a realității” (N. Robănescu, 1992, p. 90).

Se apelează și la investigațiile paraclinice, amintind aici examenul electric, *electromiografia* și *cronaximetria*⁴⁰. Există unele rezerve cu privire la utilitatea acestor explorări, care țin mai ales de gradul mare de imprecizie a metodelor.

Referitor la evaluarea nivelului psihomotricității (D. Moțet, 2001), trebuie luate în considerare trei aspecte, și anume:

- relația cu sine (gradul de structurare și echilibrare a imaginii de sine),
- relația cu ceilalți (contextul social),
- relația cu ambientul (mediul înconjurător fizic).

⁴⁰ *Cronaxia* este timpul necesar aplicării curentului electric pentru a se obține o contracție musculară. Intensitatea curentului este dublul *reobazei* (intensitatea minimă necesară pentru a se obține pragul de contracție musculară la o aplicare prelungită a curentului electric).

- *examenul senzorial* se centrează pe investigarea sensibilității termotactile. În evaluarea gnoziilor⁴¹ se va urmări atât identificarea corectă a unor tipuri de texturi (neted, aspru, ascuțit, moale etc.), cât și a unor obiecte simple (cub, bilă, creion etc.), fără ajutor vizual. Sunt investigate, de asemenea, funcția vizuală și funcția auditivă;
- *examenul psihologic* (incluzând aici și testarea inteligenței) se bazează atât pe scalele de dezvoltare, mai cu seamă când copilul este foarte mic, cât și pe testele psihologice clasice (calcularea coeficientului de inteligență după aplicarea testelor Stanford-Binet sau Wechsler – formele WISC și WPPSI – fiind o practică curentă). Nivelul dezvoltării limbajului verbal oral (și scris, o dată cu debutul perioadei școlare) reprezintă un palier important în conturarea profilului psihologic. Acesta este completat de observații referitoare la afectivitate, complexul volitiv-motivațional, imaginea de sine și trăsăturile cardinale de personalitate.

Rezultatele investigațiilor medicale, paramedicale și psihologice sunt centralizate în foaia de observație a pacientului, document cu importanță medicală și legală.

5. 5. SPECIFICUL IMAGINII DE SINE ȘI AL PERSONALITĂȚII ÎN CONTEXTUL HANDICAPULUI FIZIC ȘI NEUROMOTOR

Una din problemele psihologice deosebite care derivă din deficiențele primare este aceea a fragilității imaginii de sine. Formarea acesteia este un proces de durată, care debutează încă din copilărie, se restructurează masiv la pubertate și adolescență și se rețușează permanent pe parcursul întregii vieți a individului. Imaginea de sine reprezintă reflectarea interioară, subiectivă, a trăsăturilor cardinale de personalitate, având rol de referențial intern în acțiunile

⁴¹ *Gnozie*: „capacitate perceptivă de recunoaștere a obiectelor după însușirile lor palpabile” (P. Popescu-Neveanu, 1978, s.v.). Domeniul *agnoziilor* („sindrom neuropsihic constând în tulburarea recunoașterii senzoriale a unui obiect cunoscut anterior, în absența unui deficit de sensibilitate elementară sau a unei tulburări psihice, fiind determinat de un deficit al funcției de analiză la nivelul segmentului cortical al unui anumit analizator”, *op. cit.*, s.v.) este foarte extins, incluzând *astereognoziile* (tulburări în recunoașterea obiectului pe cale tactilă), *agnoziile auditive* (imposibilitatea de recunoaștere și discriminare a sunetelor, cu conservarea auzului), *agnoziile vizuale* (tulburări în recunoașterea semnificației obiectelor, imaginilor, persoanelor sau spațiului, limitate la sfera perceptuală sau extinse la sfera conceptuală, în absența unor tulburări de vedere elementară), *prosopagnozia* (nerecunoașterea fizionomiilor persoanelor cunoscute), *agnozia culorilor*, *asomatognozia* (tulburare a percepției schemei corporale, caracterizată prin ignorarea sau nerecunoașterea unui sau a mai multor segmente ale corpului), *anozognozia* (incapacitatea de a recunoaște existența propriilor tulburări neuromotorii, gnozice, praxice, de limbaj) și foarte multe altele (mai cu seamă în aria orientării spațio-temporale, a reprezentării, a limbajului verbal și matematic). O tulburare particulară este cea a „membrului-fantomă” (iluzie a prezenței unui membru sau segment al acestuia, de regulă amputat). Pentru detalii, v. A. Kreindler (1977). *Agnozii și apraxii*. București: Ed. Academiei.

și interacțiunile fiecăruia dintre noi. În plus, imaginea de sine intră în competiție psihosocială cu imaginile pe care le avem despre ceilalți, rezultatul fiind uneori în favoarea noastră (ceea ce are ca efect întărirea acesteia), iar alteori dimpotrivă. „Balanța contabilă” a succeselor și eșecurilor decide în fapt perseverarea într-o estimare de sine pozitivă sau, din contră, negativă.

Trebuie să spunem, pentru început, că imaginea de sine se formează la copil din exterior către interior, în vreme ce la puber și mai ales la adolescent fenomenul este mai degrabă invers. Imaginea de sine se dezvoltă după cel puțin patru dimensiuni, acestea fiind, în opinia noastră, următoarele: axa cognitiv-acțională, axa afectiv-motivațională, axa comportamental-relațională, axa moral-valorică⁴². Ea se construiește plecând de la elemente bazale ce țin de schema corporală, mergând către cheia de boltă a auto-actualizării (*self-actualization*). Este „trăirea aspectului unificator al personalității” (E. Verza, în Ursula Șchiopu, 1997, p. 354).

La persoanele cu handicap fizic și/sau neuromotor, imaginea de sine este impregnată de elemente de specificitate, ce derivă atât din caracteristicile handicapante ale deficienței primare, cât și din conflictul psihologic cu lumea.

În ceea ce privește primul aspect, constatăm la copiii cu deficiențe fizice și neuromotorii manifestări de tip rigid (nu numai motorii, dar uneori și mintale), fragilități ale conduitei verbale, decalaje de tip heterocronic chiar dacă nu este cazul unei deficiențe mintale consecutive (ca în encefalopatia cronică infantilă). Referitor la cel de-al doilea aspect, trebuie să luăm în considerare complexele de inferioritate și strategiile compensatorii menite să le contracareze.

A. Adler (1927, p. 51), referindu-se la relația dintre mișcare și viața psihică, observa că „în dezvoltarea vieții psihice trebuie inclus tot ceea ce ține de mișcare, ceea ce poate fi legat de dificultățile unei deplasări, și că viața psihică este chemată să elaboreze previziuni, să acumuleze experiență, să dezvolte o memorie, făcându-le utile pentru practica dinamică a existenței”. Situat pe pozițiile determinismului intrapsihic, el recunoaște însă impactul celor „trei mari probleme: viața în societate, munca și iubirea” (A. Adler, 1933, p. 34) asupra psihologiei fiecăruia, deoarece o viață psihică izolată este de neimaginat. Deși A. Adler insistă asupra caracterului inexorabil al vulnerabilității și inferiorității individuale⁴³, susține că „sentimentul de inferioritate, de insecuritate și de insuficiență este acela care constrânge la fixarea unui țel în viață și la realizarea acestuia” (1927, p. 97)⁴⁴.

⁴² Tetradă analizată în capitolul final al lucrării.

⁴³ *Mensch sein heisst: sich minderwertig fühlen* („a fi om înseamnă a te simți inferior”, 1933, p. 71)

⁴⁴ Mai mult, „se poate statua, în principiu, că toți copiii cu organe deficiente se angajează într-o luptă cu viața, ceea ce îi duce la o sugrumare a sentimentului de comuniune socială, astfel încât acești oameni adoptă lesne un model egoist al grijii exclusive de sine și față de impresia pe care o produc asupra anturajului, nepreocupându-i interesele altora” (1927, p. 95). V. conceptul de „inferioritate de organ” (*Minderwertigkeit von Organen*) și toate implicațiile ce rezultă din acesta.

Treptat, se elaborează o „estimare de sine”, urmată de căutarea modalităților de compensare a sentimentului de inferioritate. „Dacă sentimentul de inferioritate este deosebit de apăsător, apare pericolul ca, din cauza fricii de a rămâne handicapat pe toată viața, copilul să nu mai fie mulțumit cu o simplă compensare, ci să meargă mai departe (supracompensare)” (*ibid.*, p. 100).

Fenomenele somatice și psihice asociate trăirii inferiorității se pot structura vicios într-un conglomerat stabil, pernicios: complexul de inferioritate (*Minderwertigkeitskomplex*). Acesta, cu o forță ce amintește de magnetismul specific lumii fizice, agregă în jurul său toate celelalte constructe ale personalității, dând acesteia din urmă o orientare teleologică îngustă. „Problemele dificile ale vieții, pericolele, trebuințele, decepțiile, grijile, pierderile, îndeosebi pierderea de persoane iubite, presiunile sociale de tot felul sunt privite prin prisma sentimentului de inferioritate [...]” (1933, p. 79)⁴⁵.

Evident, problemele spinoase legate de efectele negative ale complexului de inferioritate asupra imaginii de sine și a personalității în general apar ori de câte ori vorbim de *trăirea stării de handicap*, adică atunci când persoana este în situația de a face comparații dezavantajoase în ceea ce o privește între nivelul real al posibilităților sale și nivelul ideal al aspirațiilor, ori între limitările impuse de deficiență și independența afișată permanent de cei normali. Acest fenomen este cu atât mai manifest, și prin urmare mai distructurant, în cazul adolescenților cu handicap fizic și neuromotor (dar cu evoluție psihică relativ normală), motiv pentru care am ales să dezvoltăm acest subiect aici.

O dată cu intrarea în pubertate și adolescență are loc ceea ce s-ar putea metaforic numi „nașterea psihologică a individului”. Nu înseamnă că perioadele copilăriei nu sunt extrem de importante pentru formarea personalității, ci că, prin această figură de stil, se încearcă sublinierea fenomenului esențial al definirii propriului eu prin prisma cerințelor interne. La adolescență, „percepția de sine și imaginea corporală devin critice, datorită schimbărilor de siluetă, fizionomie și ținută” (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 219). Puberii și adolescenții sunt foarte sensibili în ceea ce privește aspectul fizic și impresia pe care o lasă celor din grupul lor de apartenență⁴⁶. De asemenea, o dată cu structurarea identității

⁴⁵ Chiar și complexul de superioritate (*Überlegenheitskomplex*) este o consecință a trăirii inferiorității, deoarece „aspirația către superioritate își produce efectul prin aceea că îl menține pe individ pe linia de retragere din fața problemei sociale sau îi impune o eschivare” (1933, p. 85).

⁴⁶ De pildă, unor grupuri de copii, cu vârste cuprinse între 10 și 11 ani, provenind din medii sociale diverse, li s-a cerut să ierarhizeze șase imagini prezentând un subiect normal, dar și alții cu handicapuri vizibile. Ordinea preferințelor, în sens descrescător, a fost următoarea: 1) copil normal fizic; 2) copil cu cărje și proteză; 3) copil imobilizat în cărucior; 4) copil cu mâna stângă amputată; 5) copil desfigurat facial; 6) copil obez. Dacă nu s-au constatat diferențe privind rasa, nivelul socio-economic ori experiența anterioară cu subiecți handicapați fizic, s-a observat că fetele rejectau îndeosebi imaginile prezentând copiii cu obezitate, respectiv desfigurare facială, în timp ce băieții considerau indezirabili subiecții cu incapacități în sfera activităților fizice și motorii (S. A. Richardson *et al.*, 1961).

sexuale, apar preocupări intense referitoare la relațiile cu persoanele de sex opus, prezența fizică agreabilă și chiar provocatoare fiind percepută drept condiție *sine qua non*. Adăugăm aici și manifestările de independență ale adolescenților, care pot merge până la conduite rebele sau chiar deviante⁴⁷. „Nota caracteristică a deficiențelor fizic (motor) se dovedește a fi hipersensibilitatea”, observa M. Grigore (1993, p. 72). Personalitatea în devenire a acestora este minată de insatisfacție, insecuritate, incertitudine și chiar disperare în ceea ce privește viitorul. Deoarece modelele sociale țin atât de mult cont de aspectul fizic și de capacitatea de a te mișca liber, adolescenții cu handicap fizic și neuromotor se simt adeseori repetenți la acest examen. Dacă luăm în considerare și relativa indiferență a societății față de nevoile speciale ale persoanelor cu handicap fizic și neuromotor, gradul lor de izolare este foarte mare. Un adolescent din această categorie se simte în primul rând exclus. Nu are prieteni sau nu și-i poate alege. Este dependent atât de îngrijirile acordate de părinți, cât și de bunăvoința și sprijinul străinilor. Nu poate participa la competiția adolescentină privind afirmarea de sine, deoarece statutul lui social este aparte. Nu se simte tratat ca un egal, ci ca un handicapat. În al doilea rând, se consideră condamnat. Deși este posibil (în cazurile deficiențelor congenitale ori dobândite la o vârstă fragedă) ca adolescentul cu handicap fizic și neuromotor să se fi împăcat cu situația sa, o dată cu formarea primelor proiecte de viață și cu înțelegerea faptului că va exista un moment în care va trebui să-și asume responsabilitatea propriei existențe, el va resimți din plin dezavantajul pe care îl are în raport cu ceilalți adolescenți normali. Ruta sa școlară și profesională va fi inevitabil afectată de deficiență, deoarece anumite instituții de învățământ nu-i pot fi fizic accesibile, iar o serie întreagă de profesii au cerințe de ordin fizic și motor pe care nu le poate îndeplini. În al treilea rând, trăiește sentimentul neputinței și poate chiar pe cel al inutilității. Deoarece viața fiecăruia dintre noi este orientată permanent către un scop, incapacitatea de a se ridica la nivelul aspirațiilor generației sale și perspectiva unei existențe terne, singuratice, fatal constrânse de handicap, îl pot determina adolescentul deficient fizic și neuromotor să abandoneze efortul de

⁴⁷ Depășirea conformismului infantil conduce la apariția nevoii de independență. „Întrucât există cel puțin trei feluri de dependență, *material-economică* (instrumentală), *emoțională* (de confort afectiv și de apartenență) și de *mentalitate* (valori), dobândirea independenței este complicată și condiționată de ce anume se consideră în societate și de către părinți că înseamnă independență [...]. Prima care se dobândește este independența de mentalitate (valori). Aceasta se realizează prin devalorizarea unor idei considerate valide în copilărie și a unor obiceiuri care devin considerate învechite sau demodate și sunt tratate ca atare de către puberi și adolescenți. [...] Independența emoțională (de apartenență și confort afectiv) este dificil de dobândit, mai ales în cazul tinerelor [...]. Disponibilitatea afectivă a puberilor și adolescenților este foarte largă și încărcată de aspirații și speranțe, ideale și necomparabile față de ceea ce văd. Expectațiile pe acest plan sunt foarte înalte. [...] Independența material-economică se conturează și se integrează ca aspirație la identificarea vocațională spre o profesie și alimentează proiectele de viitor ale tinerilor” (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 225).

a-și îmbunătăți condiția și de a realiza ceea ce resursele sale îi permit. Din măcar aceste trei cauze⁴⁸, atitudinile și comportamentele sale se pot dezvolta polar, oscilând între extreme (de exemplu, un anume adolescent simte nevoia să braveze în fața străinilor, iar în intimitate să se lase pradă deznădejdi; un altul se descarcă verbal și comportamental pe cei din jur, singurătatea făcându-l însă să le resimtă acut absența; un al treilea se dedică exclusiv preocupărilor individuale, academice sau artistice, respingând cu obstinație orice dorință de face parte dintr-un grup etc.). „Motivația adolescenților deficienți fizic, la nivelurile biologic, sociologic, psihologic, devine de-a dreptul dramatică, fiind adesea exagerate motivele fie în sens negativ, fie în sens pozitiv”; „nu poate fi neglijat însă nici spiritul de dăruire și de sacrificiu al unor adolescenți cu deficiențe fizice” (*ibid.*).

Pentru a evalua cât mai obiectiv deficiențele manifestate atât la nivelul imaginii de sine, cât și la cel integrator al personalității, trebuie să ținem cont de următoarele criterii: tipul și gradul deficienței; măsura în care aceasta duce la handicap; gradul de mobilitate și de autonomie personală și socială; temperamentul adolescentului; gradul de maturizare afectivă; interesele și aspirațiile sale; nivelul de inteligență; nivelul de școlarizare; concepția sa despre lume și viață; sexul; mediul familial și situația sa socio-economică; anturajul; comunitatea.

Strategiile intuitive dezvoltate de adolescentul cu handicap fizic și neuromotor se bazează fie pe *compensarea directă*, încercând eliminarea sau atenuarea deficitului prin orice mijloace (chirurgicale, kinetoterapeutice, protetice), fie pe *compensarea indirectă*, ce presupune căutarea satisfacțiilor în activități care nu necesită aptitudini motorii specifice. „Când se acționează asupra cauzelor inferiorității, *compensarea este reală*, iar sentimentul de inferioritate dizolvat. Dar există și situații când, din motive subiective sau obiective [...] nu se poate acționa decât asupra efectului (sentimentul de inferioritate). Numim această modalitate *pseudocompensare*. Mijloacele ei sunt imaginar-subiective; sentimentul de inferioritate nu este dizolvat, ci împins în inconștient (ex.: autosubestimarea sau subestimarea ‘obiectivă’)” (*ibid.*, p. 73).

Sunt situații în care pare că asistăm la evaluarea pozitivă a handicapului (transformarea lui în avantaj⁴⁹): de cele mai multe ori nu este altceva decât *supracompensare*. Oricare ar fi soluțiile alese de adolescentul deficient, ele trebuie discutate și analizate cu un psiholog. Tehnici specifice de psihoterapie, precum și metode științifice de consiliere și orientare școlară și profesională îl

⁴⁸ Prezentate de noi într-o notă evident sumbră, tocmai pentru a scoate mai limpede în relief drama adolescentului cu handicap fizic și neuromotor sever. În timp, se poate consolida o personalitate decompensată.

⁴⁹ De genul „dacă n-aș fi avut acel accident care m-a lăsat imobilizat într-un cărucior, n-aș fi descoperit niciodată ce înseamnă valoarea fiecărei clipe de viață”. Controversa privind realitatea sau falsitatea unei asemenea revelații nu poate fi tranșată decât pentru fiecare caz concret în parte.

pot ajuta să-și atingă potențialul de dezvoltare real și să dea un sens satisfăcător vieții sale. Numai viitorul ne va arăta dacă se poate și mai mult decât atât.

5. 6. MODALITĂȚI DE EDUCARE ȘI RECUPERARE A PERSOANELOR CU DEFICIENȚE FIZICE ȘI NEUROMOTORII

Prin *reeducare neuromotorie* înțelegem un complex structurat de tehnici și activități menit să redă parțial sau total mobilitatea normală a întregului organism sau a unor segmente ale acestuia (cf. A. Ionescu⁵⁰). Reeducarea este cu atât mai necesară cu cât efectele negative nu se rezumă numai la zonele anatomice și funcționale afectate, ci amenință și homeostazia psihică a individului prin modificări ale schemei corporale, imaginii de sine, deprinderilor de autoservire sau de muncă, independenței psiho- și locomotorii etc. Există unele controverse cu privire la folosirea unor termeni, cel de *reabilitare* având, în limba română și alte sensuri, mai ales în domeniul moral sau juridic (recăpătarea bunei reputații, restabilirea prestigiului știrbit; „încetare [...] a decăderilor, interdicțiilor și incapacităților care rezultau pentru o persoană dintr-o condamnare penală”, *apud MDE*, s.v.). Astfel, deși în literatura străină de specialitate termeni ca *rehabilitation* sau *réhabilitation* sunt folosiți frecvent, în cea românească sunt preferați aceia de *recuperare* sau *reeducare* neuromotorie. Evident că o „re – abilitare” sau o „re – educare” vin după o „abilitare” sau o „educare” a motricității grosiere și fine, lucru care se întâmplă, așa cum am văzut, cu precădere în primii trei ani de viață.

Atunci când ne referim la strategii, metode și proceduri corectiv-recuperatorii, nu trebuie să neglijăm rolul benefic al compensării. După D. Damaschin (1973, p. 65), în deficiențele motorii, „elaborarea mecanismelor compensatorii este condiționată în mod substanțial de natura deficienței (centrală – cerebrală sau periferică), de forma deficienței, de ritmul și gradul în care s-a realizat recuperarea medicală și de alți factori”.

În opinia sa (*ibid.*, pp. 65- 69), în conduita terapeutică trebuie să se țină cont de faptul că:

- după recuperarea biologică sau concomitent cu aceasta, organismul mobilizează resursele sale energetice și funcționale;
- restructurarea și noua coordonare a schemei generale funcționale, ca rezultat al analizei, diferențierii și sintezei impulsurilor (solicitărilor), conduc la declanșarea unui proces de comutare nervoasă, adică la un transfer al funcțiilor și al activităților către membrul valid (de exemplu, în scrierea alb-negru, funcțiile mâinii pot fi preluate de către picior). Acest lucru dovedește că pierderea unei funcții nu atrage după sine și pierderea modelului intern al acțiunii.

⁵⁰ A. Ionescu și D. Moșet (1992). *Gimnastica medicală*. București: Ed. All.

Principiile tratamentului kinetoterapeutic în handicapul psihoneuromotor au fost sistematizate în 1966 (*apud* D. Moțet, 2001, pp. 103-104), cele mai importante fiind următoarele:

- toate ființele umane au potențiale psihoneuromotorii incomplet folosite sau dezvoltate;
- dezvoltarea psihoneuromotorie normală are loc în sens cervico-caudal și proximo-distal;
- etapele dezvoltării motorii se suprapun parțial, în zona de tranziție;
- deprinderile motorii timpurii sunt dominate de mișcări reflexe;
- deprinderile motorii ale adultului sunt susținute și întărite de reflexele posturale;
- dezvoltarea deprinderilor motorii respectă o succesiune ordonată de modele posturale și de mișcare;
- locomoția depinde de contracția succesivă a mușchilor flexori și extensori, iar menținerea posturii necesită o permanentă reajustare a acestui echilibru dinamic;
- activitățile orientate spre un anumit scop, cuplate cu facilitarea neuromusculară proprioceptivă, sunt folosite pentru a accelera învățarea mersului și a deprinderilor de autoservire.

După D. Moțet (*ibid.*, p. 104), obiectivele specifice recuperării prin kinetoterapie sunt:

- conștientizarea capacității de a executa mișcări apropiate de cele normale și normalizarea răspunsului motor (voluntar și automat);
- asigurarea forței și rezistenței în schemele de mișcare, necesare realizării activităților rutiniere cotidiene, precum și a sarcinilor de muncă;
- creșterea forței și rezistenței musculare, precum și menținerea capacității de efort fizic în activități profesionale;
- ameliorarea coordonării psihomotorii;
- recuperarea mobilității articulare și optimizarea acesteia;
- prevenirea și eliminarea contracturilor sau a retracturilor provocate de folosirea disproporționată a forței musculare, prin întărirea mușchilor antagoniști⁵¹.

Strategia de intervenție terapeutică urmărește:

- modificarea și ameliorarea posturii deficitare a copilului;
- reducerea hipertoniiei și a rigidității musculare la pacienții spastici, respectiv creșterea tonusului muscular la ataxici și atetozici ori la cei cu forme flasce;
- educarea și creșterea controlului mișcărilor capului, a întoarcerii de pe o parte pe alta, a echilibrului în poziția șezând, stând pe genunchi și în picioare, a mersului;
- (re-)educarea echilibrului static și dinamic;

⁵¹ *Agoniști*: mușchii responsabili de inițierea și executarea mișcărilor; *antagoniști*: mușchi cu rol frenator al mișcării, asigurând menținerea acesteia sub control.

- (re-)educarea sensibilității tactile și proprioceptive;
- combaterea apariției contracturilor⁵² și deformărilor la copiii mici și reducerea acestora la puberi și adolescenți;
- prevenirea sau amânarea intervenției chirurgicale;
- (re-)educarea conduitelor de autoservire în sensul integrării socio-profesionale (*ibid.*, p. 106).

Schemele terapeutice și manevrele recuperatorii depind foarte mult de deficiența fizică sau neuromotorie concretă, existând numeroase metode complexe, bine puse la punct, de intervenție (tehnica stabilită de H. Karel și Berta Bobath, cu aplicații în recuperarea bolnavului hemiplegic; metoda Herman Kabat, indicată în hemiplegie, boala Parkinson, traumatismele vertebro-medulare și cranio-cerebrale, precum și în insuficiența motorie cu origine cerebrală; metoda propusă de Eleanor Kenny pentru tratamentul paraliziei infantile, metodele concepute de K. Frenkel pentru tratarea ataxiilor, V. Vojta pentru intervenție în cazul sechelelor motorii ale encefalopatiilor infantile, W.M. Phelps pentru recuperare în paralizile spastice cerebrale, Margaret Rood pentru tratarea disfuncțiilor motorii etc.).

Mijloacele terapeutice auxiliare sunt: medicația (neurotrofice, tranchilizante), fizioterapia (ionizări, galvanizări decontracturante, băi calde generale asociate cu proceduri kinetoterapeutice segmentare, cure balneare etc.), intervenții chirurgicale reparatorii, protezări și utilizare a unor mijloace de susținere și de transport (cadru metalic, cârje canadiene, bastoane, respectiv cărucior sau triciclu), activități de terapie ocupațională.

În ceea ce privește terapie complexă a tulburărilor de psihomotricitate, D. Moțet (*op. cit.*, pp. 148-152) propune un model de intervenție structurat pe patru module. Dacă în primul din acestea sunt incluse tehnicile psihoterapeutice (reductive și deconflictualizante; de relaxare; cognitive; comportamentale; de grup; ale personalității integratoare și relațiilor sociale), celelalte module conțin tehnici, procedee și metode pentru:

1. • influențarea și recuperarea întârzierii în dezvoltarea motorie;
- influențarea pozitivă a reprezentării schemei corporale;
- recuperarea tulburărilor de lateralitate;
- recuperarea tulburărilor de orientare, organizare și structurare spațială;
- recuperarea tulburărilor de orientare și structurare temporală;
- identificarea și discriminarea structurilor perceptive (formă, culoare);
- recuperarea labilității psihomotorii;
- recuperarea disgrafiei, dispraxiei și apraxiei;
- recuperarea tulburărilor de echilibru și coordonare;
- recuperarea tulburărilor senzorial-tactile.

⁵² *Contractură*: „stare de contracție prelungită sau permanentă a mușchiului, manifestată prin rigiditatea fibrelor sale componente și determinată de pierderea temporară sau definitivă a capacității de decontractie” (P. Popescu-Neveanu, 1978, s.v.).

2. • intervenție de tip ergoterapeutic.
3. • relaxare și deconflictualizare (prin activități sportive sau de expresie corporală, precum dansul, gimnastica aerobică/ritmică);
 - expresie plastică (modelaj);
 - comunicare prin expresie corporală.

Este recomandabil ca programul terapeutic să se realizeze integrat în cadrul ședinței de recuperare kinetoterapeutică, fie sub formă de joc (în cazul copiilor), fie sub formă competițională (care să incite la autodepășire), dar se pot organiza și ședințe speciale, cu obiective și indicații terapeutice clar definite. În desfășurarea activităților trebuie să se urmărească eliminarea factorilor demotivatori, stresanți, angoasanți. De asemenea, este necesar să existe o bună planificare atât a cerințelor, cât și a comenzilor, astfel încât ele să fie executate cât mai ușor, mai cursiv și mai precis posibil, în funcție de ritmurile specifice (individual, impus sau progresiv). Numărul de repetări trebuie să concorde cu nivelul de automatizare atins, iar pauzele vor fi astfel planificate încât raportul dintre activitate și repaus să fie judicios dimensionat, ceea ce va permite nu doar o bună gestionare a resurselor fizice ale pacientului, dar și o memorare fidelă a schemelor psihomotorii exersate. „Trebuie înțeleasă realitatea asocierii la handicapul principal și a altor handicapuri, cum ar fi cel de comunicare, de relație etc. sau a tulburărilor schemei corporale, a lateralității, a posibilităților de expresie a corporalității, a afectivității ș.a.” (*ibid.*, p. 162).

După E. Verza (*op. cit.*, p. 113), „se impune ca activitatea de corectare și recuperare a handicapului psihomotor să fie înțeleasă în contextul celorlalte activități corectiv-recuperatorii, dar cu specificul ei, care este aparte de cultura fizică medicală și logopedie, deși o parte dintre mijloace sunt aceleași”.

În cazul copiilor cu infirmitate motorie de origine centrală, demersul corectiv-recuperator este complicat și de faptul că, din punct de vedere clinic, sunt descrise șase forme principale ale acestei afecțiuni:

- spastică;
- atetozică;
- ataxică;
- rigidă;
- atonă;
- mixtă.

Se înțelege astfel „necesitatea aplicării unei metodologii cu totul speciale” (S. Purcia, 1987, p. 232), mai ales când se pune problema formării deprinderilor de scris. Factorii de care trebuie să se țină cont pentru fiecare dintre cele șase tipuri prezentată mai sus sunt:

- cunoașterea cu precizie a *diagnosticului clinic*, stabilindu-se cu exactitate, din punct de vedere motric, apartenența la una din cele trei grupe de bază:
 - cea a spasticilor, la care se remarcă exagerarea reflexului de întindere a mușchilor (sindrom piramidal);
 - cea a diskineticilor, cu manifestări atetozice, distonice sau de rigiditate (sindrom extrapiramidal);
 - grupa ataxicilor, caracterizați prin tulburări ale coordonării și posturii (sindrom cerebelos);
- formularea *diagnosticului logopedic* de finețe (diferențial), deoarece formele tulburărilor de limbaj sunt foarte numeroase și variate. Trebuie precizate eventualele dislexo-disgrafii asociate deficienței neuromotorii;
- stabilirea cât mai obiectiv posibil a *nivelului dezvoltării psihice* (incluzând și trăsăturile de personalitate);
- evaluarea performanțelor *perceptive* (vizuale, auditive, tactil-kinestezice);
- determinarea eficienței *orientării spațio-temporale*;
- evaluarea cunoașterii *schemei corporale*, precum și a măsurii definirii *dominanței și lateralității*;
- investigarea *interacțiunilor psihosociale* ale copilului (cu anturajul familial, școlar, spitalicesc);
- evidențierea oricărui *mijloc compensator* care să faciliteze însușirea scrierii cu mâna, cu mașina de scris sau calculatorul, ori chiar scrierea cu piciorul atunci când nu există o coordonare minimă a actelor motorii manuale necesare scrisului (*ibid.*, pp. 233-234).

Pe lângă procedurile culturii fizice medicale (care se aplică concomitent sau ulterior tratamentului medicamentos) și metodele de ordin psihopedagogic, trebuie avute în vedere și avantajele protezării. Protezele clasice impun în prealabil unele intervenții chirurgicale destul de serioase (cum ar fi fixarea unor tije metalice sau modelarea capetelor osoase, intervenții pe cord deschis etc.), sunt grosolane, inestetice și necesită perioade lungi de acomodare. Protezele moderne sunt realizate din materiale noi, mai rezistente și mai ușoare, au inovații care le fac mai fiabile, sunt mai discrete și mai estetice, însă de cele mai multe ori prețul lor este prohibitiv. Deși performanțele tehnice sunt uneori uimitoare (existând actualmente replici artificiale ale mâinii care sunt capabile de mișcări extrem de fine și de bine coordonate), cele mai multe produse protetice *high tech* rămân accesibile unui număr infim de persoane. Există însă cel puțin speranța că în viitor deficiențele fizice vor putea fi remediate în marea lor majoritate. În ceea ce privește deficiențele neuromotorii, sunt și aici unele motive de optimism, în sensul dezvoltării unor tehnologii de ocolire a căilor nervoase lezate. Progresele rămân totuși limitate până în momentul în care vor fi puse la punct proceduri de regenerare a neuronilor

motori, de remielinizare a tecilor axonice sau de declanșare ritmică a impulsurilor electrice necesare menținerii tonusului muscular.

Până atunci, vitală rămâne *profilaxia* handicapului fizic și motor, prevenirea apariției deficiențelor prin eliminarea sau atenuarea cât mai multor factori predispozanți, favorizanți sau determinanți. Atunci când o astfel de deficiență este totuși diagnosticată, se impune intervenția *precoce* și *individualizată*, cu respectarea tuturor indicațiilor terapeutice. Transformarea familiei în partener și cointeresarea deficientului însuși în succesul recuperării sale constituie atuuri în plus în reducerea consecințelor negative. De asemenea, schimbări la nivelul mentalității colective vor servi, treptat, la diminuarea stării de handicap și la normalizarea relațiilor dintre majoritate și persoanele cu handicap fizic și motor.

DEFICIENȚELE MINTALE

6. 1. DEFICIENȚELE MINTALE: CLARIFICĂRI CONCEPTUALE

Includerea deficiențelor mintale în categoria extrem de largă a bolilor psihiice și căutarea explicațiilor pentru apariția lor mai degrabă în sfera supranaturalului decât în domeniul științelor a împiedicat, pentru o lungă perioadă de timp, orice efort sistematic orientat în direcția identificării adevăraților factorilor răspunzători de dereglările constatate în planul gândirii silogistice.

Înțeles drept atribut definitoriu al personalității mature și complete, raționalul ipotetico-deductiv, bazat pe prelucrări secundare ale informației perceptuale în contextul experienței de viață și al intereselor cognitive conștientizate, formulat verbal și articulat într-o structură complexă de reprezentări și inferențe (*i.e.* concepția despre lume și viață), a constituit, cu precădere în epoca renașcentistă și iluministă, criteriul principal de delimitare a normalității psihice de anormalitate, a sănătății mintale de nebunie, a eului împlinit de umanitatea ultragiată¹.

Articolul „*folie*” din *Enciclopedia franceză*² exprima, într-o manieră aforistică, distincția dintre *oligofrenie*, *afect* și *nebunie*: „A te îndepărta de rațiune fără să știi, pentru că ești lipsit de idei, înseamnă a fi *imbecil*; a te îndepărta de rațiune cu bună știință, pentru că ești sclavul unei pasiuni violente, înseamnă a fi *slab*; dar a te îndepărta de ea cu încredere și cu ferma convingere că o urmezi, iată, mi se pare, ceea ce se cheamă a fi *nebun*”.

¹ „*Homo cogitans* (Filozoful)” vs. „*homo bestialis* (Copilul-lup)”.

² D. Diderot (coord.) (1751-1772). *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Cf. (1952). *Textes choisis de l'Encyclopédie...* (antologie de A. Soboul). Paris: Éditions Sociales.

De abia în 1818, Jean E. D. Esquirol înainta raportul intitulat „Instituții destinate alienaților în Franța și mijloace pentru îmbunătățirea lor”³, în care apărea prima definiție științifică a idioției. Clasificarea sa din 1822 a bolilor mintale includea idioția alături de manie, melancolie și demență. Această distincție nosologică a avut, pentru început, prea puțin impact în ceea ce privește atitudinea față de persoanele deficiente mintal. Așa cum „nebulnia este oferită cunoașterii într-o structură care e, de la început, alienantă” (M. Foucault, 1972, p. 445), noua concepție despre carențele gândirii silogistice era, inevitabil, marcată de stereotipiile reprezentărilor comune referitoare la filogeneza și teleologia speciei umane. Nu este, deci, de mirare că teoria moreliană a degenerescenței⁴ „explica” într-o manieră suficientă și etiologia deficienței mintale, lucru care l-a inspirat, se pare, pe Langdon Down în alegerea termenului de „mongolism” atunci când a identificat și descris în 1866 sindromul care ulterior îi va purta numele⁵. Pe de altă parte, eforturile lui Jean Itard și Johann Guggenbühl de a „reconstrui” pedagogic și medical ființa care nu și-a dobândit pe căi naturale umanitatea reflectau, cu o ingenuitate de admirat prin elanul depus, nevoia de reformă romantică a convingerilor și credințelor epocii. De altfel, cele două concepții au evoluat paralel și ireconciliant, dar nu indiferent una față de cealaltă, fapt adevărit de polemicele constante între partizanii taberelor adverse. Prima a avut ca rezultat teorii precum cea referitoare la inegalitatea raselor⁶ și, ulterior, a justificat „științific” necesitatea creării „supraomului” prin eugenie. Cealaltă, căpătând un caracter

³ J. E. D. Esquirol (1818). *Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer*. În opinia lui, *idioția* (termen pe care îl și introduce în glosarul medicinei) nu este o boală în sine, ci o „stare” de nedezvoltare a facultăților intelectuale, ireversibilă, observabilă de la vârsta cea mai fragedă, care nu trebuie în nici un fel confundată cu alterarea mintală din demențe (ce reprezintă o dereglare a normalității intelectuale anterioare). „Idioția nu este o boală, este o stare în care facultățile intelectuale nu s-au manifestat niciodată sau nu au putut să se dezvolte în așa măsură încât idiotul să poată căpăta cunoștințele referitoare la educație pe care le capătă indivizii de vârsta sa și care sunt plasați în aceleași condiții ca el. Idioția începe o dată cu viața sau cu vârsta care precedă întreaga dezvoltare a facultăților intelectuale și afective; idioții sunt ceea ce trebuie să fie pe toată durata vieții lor; totul vădește în ei o organizare imperfectă sau oprită în dezvoltarea sa. Nu se concepe posibilitatea de a se schimba această stare. Nimic deci n-ar putea da bieților idioți, chiar pentru câteva clipe, mai multă rațiune, mai multă inteligență” (J. E. D. Esquirol *apud* R. Perron, 1969a, p. 62). R. Perron (*ibid.*, p. 41) observa că „dintr-o dată, J. E. D. Esquirol caracterizează noțiunea de deficiență mintală prin două aspecte fundamentale: originea esențială a deficitului intelectual și irecuperabilitatea. Aceasta va avea o mare influență asupra tuturor concepțiilor ulterioare, inclusiv asupra acelor care se referă la stările superioare de deficiență mintală [...]”.

⁴ V. Benedict A. Morel (1857). *Traité des dégénérescences*. Patis.

⁵ Cf. Leo Kanner (1964). *A History of the Care and Study of the Mentally Retarded*. Springfield: Ch. Thomas.

⁶ Joseph A. Gobineau (1853-1855). *Essai sur l'inégalité des races humaines*. Turin.

din ce în ce mai sistematic prin contribuțiile lui É. O. Séguin, M. Montessori și S. D. Howe, a pus accentul pe dezvoltarea unor metode și procedee de educare și recuperare a deficiențelor mintale care, într-o primă etapă, să ofere o finalitate practică învățământului special (e.g. formarea unor deprinderi profesionale și sociale elementare) iar, într-o a doua etapă, să permită o integrare cât mai fiabilă a acestora în comunitate⁷. Nu ni se pare exagerat să afirmăm, privind retrospectiv *cum grano salis*, că până și în cele mai recente concepții referitoare la incluziune și normalizare găsim ecouri ale pedagogiei umaniste a lui J. Itard.

Inovațiile terminologice nu au rămas imune la evoluția reprezentărilor sociale și a limbajului comun într-un sens sau în celălalt. Așa cum arătam în primul capitol, perimarea conceptuală în defectologie este semnificativ mai intensă decât în alte științe, iar fenomenul acesta se constată cel mai pregnant în domeniul psihopedagogiei deficiențelor mintale⁸. Sunt o serie de termeni care au ieșit din uzul specialiștilor, dar care se regăsesc în vorbirea curentă (și, nu întâmplător, sub formă de imprecășii). *Cretinism*, *idiotie*, *imbecilitate* defineau odată grade diferite de deficiență mintală⁹. Încă mai putem constata astăzi remanența unui „polimorfism terminologic” (C. Păunescu și I. Mușu, 1997, p. 44), cu repercusiuni destul de neplăcute atunci când se impune cerința unificării conceptuale (arierășie mintală, amenție, oligofrenie, insuficiență intelectuală, debilitate mintală). Autorii citați (*ibid.*, pp. 46-54) analizează aria semantică a termenilor mai frecvent întâlniți în literatura de specialitate.

⁷ Am putea zice că până și „Omul nou”, chintesență a societății comuniste înfăptuite, nu era, în esență, altceva decât un soi de *Übermensch* proletar, perfect intricat în trama socială al cărei rod ar fi trebuit să fie. Interesant de studiat, în acest context, atitudinea față de persoanele cu deficiență mintală profundă și severă, supuse unui proces de eutanasiie pasivă *sui generis* în căminele-spital dinainte de 1989 (e.g. cazul Cighid).

⁸ Preferăm pluralul deoarece, după cum se va vedea, există o gamă extrem de diversă a tulburărilor ce presupun alterări ale activității intelectuale. Pe de altă parte, vom folosi singularul atunci când ne vom referi la deficitul psihic în sine. Sunt și unii care ar prefera înlocuirea termenului cu un eufemism precum „*mentally challenged*”.

⁹ Fenomenul este prezent și în alte culturi. De exemplu, în limba franceză: „*crétinisme*”, „*idiotie*”, „*imbécillité*”; în engleză: „*cretinism*”, „*idiocy*”, „*imbecility*”; în germană: „*Kretinismus*”, „*Idiotie*”, „*Imbezillität*” etc. Se constată și anumite particularități semantice. De exemplu, termenul „*feeble-minded*” desemnează, în Marea Britanie, gradul cel mai sever de deficiență mintală, echivalent cu americanescul „*moron*”; „*feeble-mindedness*”, în Statele Unite, acoperă întreg domeniul deficienței mintale (*apud* A. Anastasi, 1965, p. 381). Studiind etimologia acestor termeni, descoperim, de pildă, că „*idiot*” provine din limba greacă (*idiotes*: „persoană particulară”) iar „*imbecil*” din cea latină (*imbecillitas*: „slăbiciune”, „boală”), în timp ce „*cretin*” reprezintă o corupere a semantemului „*creștin*” (*chrétien*, în franceză) datorită, se pare, faptului că mănăstirile se preocupau frecvent de ocrotirea celor cu probleme mintale (*cf.* A. M. Clarke și A. D. B. Clarke, 1974a).

• *Arierație mintală*. În sens larg, se referă la întreaga varietate de forme de nedezvoltare a gândirii; în sens restrâns, ia în considerare doar formele grave, delimitându-se de categoria *debilității mintale* (care le include pe cele ușoare și medii). Termenul este folosit mai ales în psihopatologia franceză. În unele situații, desemnează întârzierea relativă în dezvoltarea mintală, prin comparație (e.g. evaluând dezvoltarea inteligenței unor gemeni la un moment dat, se constată că unul prezintă o „arierație relativă” în raport cu celălalt, adică o valoare inferioară a coeficientului de inteligență). La noi, au circulat termeni precum *înapoiere mintală*, *retardare mintală* ori *întârziere mintală*. Ultimul dintre aceștia avea, în opinia Mariane Roșca, sensul de intelect liminar, incluzând și disfuncții ale senzorialității și motricității (carențe developmentale)¹⁰.

• *Amenție* (lat. *a*, „fără”, *mens*, „minte, judecată, conștiință, fire”). Termen introdus de Theodor Meynert în 1890¹¹ și dezvoltat conceptual de către R. F. Tredgold. După acesta din urmă, amenția se prezintă, clinic, sub patru forme: primară (de sorginte ereditară, intrinsecă, endogenă), secundară (cu origine exogenă, extrinsecă individului, datorându-se unor factori ambientali, sociali, culturali, familiali), mixtă și, respectiv, de etiologie neprecizată¹².

• *Oligofrenie* (gr. *oligos*, „puțin”, *phrenes*, „minte”). Termen folosit prima oară de Eugen Bleuler și Emil Kraepelin pentru a desemna formele de nedezvoltare sau de stagnare în dezvoltare a cogniției. Oligofreniile sunt definite drept „stări de nedezvoltare psihică sau de dezvoltare psihică incompletă, care au ca trăsătură principală afectarea proceselor intelectuale, a gândirii (mai ales a abstractizării și generalizării), dar și a celorlalte funcții psihice (afectivitate, caracter, personalitate)” (C. Gorgos, 1989, s.v.).

Dacă în taxonomia psihiatrică se menține clasificarea în grade a oligofreniilor, în defectologie ea a fost precizată prin denumiri specifice. Au apărut termeni derivați, precum „oligofrenopsihologie” și „oligofrenopedagogie”. C. Păunescu și I. Mușu (*op. cit.*, p. 51) precizează că „oligofrenia nu este o unitate clinică omogenă, ci un sindrom care are la bază multiple mecanisme etiopatogenice, o formă nosologică ce unește numeroase stări, diferite prin patogeneza lor dar asemănătoare în ceea ce privește manifestările”.

După M. S. Pevzner (1959)¹³, această formă clinică se caracterizează printr-o subdezvoltare a activității cognitive (a gândirii, în special), cauzată de o „insuficiență

¹⁰ Cf. Mariana Roșca (1965). *Specificul diferențelor psihice dintre copiii întârziați mintali și copiii normali*. București: E.D.P. Termenul acoperea sfera tulburărilor de învățare, subliniind importanța intervenției psihopedagogice în combaterea fenomenului de eșec școlar.

¹¹ Care a demonstrat echivalența acestuia cu cel de „confuzie mintală” (*apud* C. Gorgos, 1989, p. 106).

¹² Cf. R. F. Tredgold și K. Soddy (1956). *A Textbook of Mental Deficiency* (ed. a IX-a). Baltimore: William & Wilkins.

¹³ M. S. Pevzner (1959). *Deti oligofrenî* [Copiii oligofreni]. Moskva: Izd. A.P.N. și M. S. Pevzner (1961). *Oligophrenia. Mental Deficiency in Children*. New York: Consultants Bureau.

biologică definită a sistemului nervos central (afectarea, îndeosebi, a structurilor celor mai complexe și mai târziu dezvoltate ale creierului)" (Ș. Ionescu, 1975, p. 13).

Factorii etiologici incriminați ar fi de tip exogen, cu acțiune în diferitele momente critice ale embriogenezei, dar și leziunile sistemului nervos central în perioada postnatală timpurie sau aberațiile cromozomiale. Autoarea uzita termenul doar pentru acele situații în care afecțiunea cerebrală s-a produs în ontogeneza timpurie (mai precis, până la încheierea procesului de mielinizare a fibrelor nervoase de la nivelul SNC) și descria patru categorii: primară sau de bază (cu tulburări difuze, nelocalizate, fără alte complicații), cu tulburări majore ale neurodinamicii corticale (caracterizată de modificări ale aspectului lichidului cefalorahidian, precum și de fatigabilitate accentuată), cu perturbarea proceselor nervoase fundamentale (fiind constatată prevalența excitației sau a inhibiției, cu diminuarea amplitudinii amândurora), cu afectare de lob frontal (exteriorizată prin deficiențe motorii, afective și volitive)¹⁴. Analizând conținutul conceptului, Ș. Ionescu (*ibid.*, p. 13) atrăgea atenția asupra faptului că M. S. Pevzner nu considera oligofrenia în nici un caz drept o stare progresivă. „În ciuda caracterului ei polietologic, oligofrenia poate fi privită ca o formă nosologică definită numai dacă se exclud din acest concept: formele progresive de deficiență mintală produse de tulburări metabolice ereditare, formele schizofrenice și epileptice de demență, întârzierile temporare ale dezvoltării mintale, întârzierile secundare ale dezvoltării intelectuale ca rezultat al defectelor locale și subdezvoltarea intelectuală datorată factorilor sociali și culturali”.

• *Insuficiență intelectuală*. Sintagmă ce înglobează deficiențele de inteligență, afectivitate și conduită morală. Raportul unei comisii speciale a OMS recomanda folosirea acesteia ori de câte ori persistă dubii cu privire la etiologia deficitului mintal¹⁵. În majoritatea lucrărilor de specialitate însă se evită utilizarea sa tocmai datorită vaguității conceptuale intolerabile pe care o presupune. Autori precum Claude Kohler și A. Busemann¹⁶ preferă termenul de *deficiență intelectuală*. La noi, Constantin Păunescu introduce termenul de *handicap intelectual* cu referire precisă la categoria handicapului prin deficiență mintală de funcționalitate (incluzând disritmiile de dezvoltare psihointelectuală de evoluție, deficiența mintală de origine relațional-afectivă, tulburările instrumentale funcționale, hipofrenia și disfuncțiile intelectuale de tip

¹⁴ Într-o lucrare ulterioară (M. S. Pevzner și K. S. Lebedinskaia, 1979. *Uciașcihsia vspomogatelnoi školi* [Elevii școlii ajutătoare]. Moskva: Izd. Pedagoghika), ea asimilează categoria copiilor oligofreni fără complicații și cea a copiilor cu astenie ușoară categoriei mai largi a oligofreniei de sorginte endogenă (*apud* Gh. Radu, 2000, pp. 18, 40).

¹⁵ Cf. OMS (1954). *Rapport du Comité d'experts de l'enfance mentalement déficiente*. Geneva: OMS, 75.

¹⁶ Cf. C. Kohler (1954). *Les Déficiences intellectuelles chez l'enfant*. Paris: P.U.F.; A. Busemann (1966). *Psychologie des déficiences intellectuelles*. Paris: P.U.F.

școlar)¹⁷, în timp ce Emil Verza adoptă termenul de *handicap de intelect* (cu accent pe tulburarea esențială, și anume deficitul în planul operaționalității mintale), echivalent cu cel de *deficiență de intelect*¹⁸.

• *Debilitate mintală*. Diversele definiții propuse sunt convergente: „Stare permanentă de insuficiență intelectuală ce nu permite un răspuns adecvat la exigențele mediului” (Larousse, 1991, p. 189)¹⁹. „Debilitatea mintală este un deficit global, congenital și ireversibil, pe care criteriile testului Binet-Simon (sau ale oricărui test de aceeași natură) îl situează între valorile 0,50 și 0,70 ale coeficientului intelectual” (R. Zazzo, 1969, p. 14). „Forma cea mai ușoară de înapoiere sau deficiență mintală și, în genere, de slăbiciune a activității psihice” (P. Popescu-Neveanu, 1978, s.v.). „Se consideră debilitate mintală situația unei dereglări a relațiilor de adaptare la mediul înconjurător precum și la standardele sociale și culturale. Se pune astfel în evidență efectul de handicapare prin deficit intelectual, senzorial, comportamental” (E. Verza în Ursula Șchiopu, 1997, p. 209).

6. 2. DEFINIREA DEFICIENȚEI MINTALE

Cu atâția termeni concurenți (care, în funcție de autor și perioadă, mai capătă și nuanțe specifice), nu este de mirare că un acord asupra ceea ce este cu adevărat deficiența mintală devine dificil de obținut. Situația este cu atât mai spinoasă cu cât disputa nu se rezumă doar la domeniul academic. Definirea restrictivă sau exhaustivă a deficienței mintale se repercutează asupra unor

¹⁷ Cf. C. Păunescu (1970). Handicapul intelectual și integrarea școlară. *Revista de pedagogie*, 12. În accepția autorului, „handicapul intelectual se deosebește de cel mintal, care constituie o patologie de organizare și funcționalitate înscriindu-se într-o formă de patologie de evoluție, pe când cel intelectual are o organizare mintală normală, dar care în fața unei agresiuni patogene sau suprasolicitări nu poate depăși anumite limite de adaptare sau de învățare” (C. Păunescu și I. Mușu, *op. cit.*, p. 41). Definiția ne impune limitarea folosirii termenului doar la tulburările de relație și învățare, sensul fiind acela de dezavantaj rezultat în urma unui deficit cognitiv ce împietăză în mod evident și continuu asupra capacității de învățare și relaționare socială a copilului. Considerat astfel, handicapul intelectual afectează circa 14-20 % dintre elevii cu eșec școlar. Deficitul cognitiv poate avea cauze intrinseci (e.g. disfuncții ale senzorialității, tulburări mnemonice) sau, cel mai adesea, extrinseci (aparținând mediului familial, școlar, socio-cultural). „Handicapul intelectual nu implică o organizare mintală perturbată, ci o structură de tip normal, iar prin adaptarea procesului de învățare la ritmul și intensitatea funcțional-intelectuală a subiectului, acesta poate avea o evoluție ascendentă, încadrându-se în normalitatea standard” (*ibid.*). Iată de ce această formă specifică de handicap nu face obiectul capitolului de față.

¹⁸ E. Verza (1998, p. 23). Preferința terminologică se justifică, deoarece elementele psihodiagnostice esențiale se manifestă în sfera inteligenței, gândirii, memoriei, imaginației și limbajului.

¹⁹ (1991). *Grand Dictionnaire de la Psychologie*. Paris: Larousse.

segmente largi ale vieții sociale (educație, asistență socială, legislație, piața muncii, buget). Nu trebuie subestimat nici impactul asupra populației: aceasta va admite ca rezonabil un procent de 1-3 % persoane cu deficiență mintală, dar va primi cu teamă și neîncredere un procent de 14-20 % (incluzând handicapul liminar și tulburările de învățare). Invers, restrângerea categoriei deficienței mintale la cazurile grave (imbecilitate și idioție) îi va exclude de la facilitățile educației speciale tocmai pe acei copii care pot beneficia cel mai mult de pe urma ei. Lucrurile se complică în plus atunci când căutăm să discernem criteriile de depistare a deficienței mintale veritabile (*oligophrenia vera*). Ereditatea reprezintă criteriul suficient? Subnutriția și subculturalitatea sunt sau nu cauze reale? Formele clinice observate sunt ele tipuri de sine stătătoare ori doar varietăți simptomatologice ale unei entități nosologice intruabile? Mai are vreo relevanță clasicul criteriu al irecuperabilității? „Singurul lucru pe care poate că-l au în comun toți deficienții mintal – în orice caz, singurul factor comun care poate fi afirmat cu toată certitudinea, în starea actuală a cunoștințelor noastre – este însuși deficitul intelectual. Acest deficit este un simptom, poate major în ceea ce privește expresiile sale și consecințele sale adaptative, dar este totuși un simptom” (R. Perron, *op. cit.*, p. 66).

Din măcar aceste motive, considerăm că problema definirii exacte rămâne o chestiune deschisă atât în psihiatrie, cât și în psihopedagogia specială.

După G. Ionescu (1985, p. 192), definițiile deficienței mintale pot fi grupate, în funcție de criteriul luat în considerare, în etiologic-structurale, constatativ-funcționale²⁰ și operațional-comportamentale. Fiecare categorie are avantajele și limitele ei care țin atât de conținutul precis al conceptului, cât și de posibilitățile de operaționalizare ale acestuia.

În Statele Unite, Asociația Americană privind Deficiența Mintală consideră că această deficiență există ori de câte ori se manifestă o activitate intelectuală semnificativ sub medie, asociată cu limitări adaptative în două sau mai multe arii: comunicare, auto-îngrijire, auto-gospodărire, relaționare socială, servicii comunitare (*community use*), orientare situațională (*self direction*), sănătate și securitate personală, cunoștințe aplicabile în viața de zi cu zi (*functional academics*), timp liber, muncă (cf. A.A.M.R., 1992, J. W. Jacobson și J. A. Mulick, 1996²¹). Definiția este perfectibilă, deoarece, dacă privim dincolo de criteriul psihometric, gradul și

²⁰ *Functional disorder* (engl.): tulburare fără cauză organică cunoscută sau fără modificări structurale.

²¹ A.A.M.R. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Support*. Washington D.C.: Autor; J. W. Jacobson, J. A. Mulick (ed.) (1996). *Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation*. Washington D.C.: American Psychological Association. Cf. H. J. Grossman (1983. *Classification in Mental Retardation*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation, p. 11): „Mental retardation refers to significantly subaverage general intellectual functioning resulting in or associated with concurrent impairments in adaptive behavior and manifested during the development period”.

forma concretă de manifestare a limitărilor adaptative variază considerabil de la caz la caz, ceea ce nu poate genera decât confuzie în evaluare.

La noi, prima definiție riguroasă a deficienței mintale îi aparține lui Alexandru Roșca (1936, p. 32) pentru care această 'anormalitate' reprezintă o „stare de potențialitate restrânsă sau o oprire a dezvoltării cerebrale, în urma căreia persoana atinsă este incapabilă, la maturitate, să se adapteze la mediul său, la cerințele comunității, în așa fel încât să-și poată menține existența, fără supraveghere și sprijin extern”²².

Ș. Ionescu și V. Radu (1973) înțelegeau prin deficiență mintală „tipul de deficiență determinată de un complex de factori etiologici cu acțiune defavorabilă asupra creierului în perioada de maturizare a acestuia, având două consecințe principale:

- oprirea sau încetinirea ritmului de evoluție, îndeosebi a funcțiilor cognitive;
- diminuarea competenței sociale”.

După Gh. Radu (2000, pp. 17-18), „deficiența mintală se referă la fenomenul lezării organice și/sau al afectării funcționale a sistemului nervos central, cu consecințe negative asupra procesului maturizării mintale, al dezvoltării sub diferite aspecte la individul în cauză. Handicapul mintal reprezintă dezavantajul pe care deficiența mintală îl creează în planul relațiilor de adaptare și integrare ale individului respectiv în mediul social căruia îi aparține”.

Este de așteptat ca, în contextul preocupărilor privind integrarea școlară, profesională și socială a persoanelor cu deficiență mintală, o definiție operațional-comportamentală să fie preferată uneia etiologic-structurale. Noile tehnici de analiză cromozomială par să ateste însă existența dacă nu a unei gene anume a inteligenței, cel puțin a unui complex genic responsabil de apariția acesteia, ceea ce va permite în viitor o mai bună înțelegere a raportului dintre „înnăscut” și „dobândit”. Indiferent dacă vor prima accepțiile psihopedagogice sau cele medicale, deficiența mintală se va afla întotdeauna la intersecția biologicului cu socialul.

6. 3. CRITERII DE CLASIFICARE. VALOAREA CRITERIULUI PSIHOMETRIC

Pentru a înțelege modul de clasificare a deficiențelor mintale, este obligatoriu să ne referim la criteriile luate în considerare:

- criteriul *lingvistic*:
capacitatea de achiziție și de utilizare corectă a limbajului verbal;

²² A. Roșca (1936). *Orientarea profesională a anormalilor*. Cluj: Ed. Institutului de Psihotehnică al Universității din Cluj (apud Gh. Radu, 2000).

- criteriul *educabilității*:

măsura în care subiectul se achită de sarcinile școlare accesibile copiilor având aceeași vârstă (cronologică);

- criteriul *psihometric*:

gradul de performanță în condițiile testării psihologice, evaluat prin raportarea scorului brut la un etalon reprezentativ pentru populația din care subiectul face parte;

- criteriul *autonomiei personale și sociale*:

măsura în care subiectul își însușește o serie de deprinderi indispensabile adaptării (de autoservire, de păstrare a igienei personale, de orientare spațio-temporală, de utilizare a mijloacelor de transport în comun, de folosire a banilor, de inițiere și menținere a relațiilor interpersonale, de prestare a unei ocupații salarizate etc.);

- criteriul *semiologic*:

în funcție de natura factorilor răspunzători de geneza deficiențelor mintale, de caracterul înăscut sau dobândit al retardului, de formele clinice de manifestare, de traseul evolutiv ulterior.

Evident, enumerarea de mai sus nu epuizează toate reperele utile în încadrarea taxonomică exactă a deficiențelor mintale. Fiecare din aceste criterii s-a dovedit important într-o anumită perioadă istorică, reflectând dezvoltarea corespunzătoare a concepțiilor și instrumentelor psihologice. Totuși, unul singur, cel *psihometric*, se detașează ca deținând locul central în majoritatea clasificărilor. Acest fapt se datorează necesității raportării formelor și gradelor de deficiență mintală la un referențial cât mai obiectiv și cât mai discriminativ. Cerințele de validitate, fidelitate și sensibilitate sunt respectate cel mai bine de către probele psihologice standardizate, motiv pentru care testele de inteligență constituie actualmente instrumentul de investigare preferat iar etaloanele acestora, sistemul de referință fundamental. Prin urmare, întreaga strategie de evaluare gravitează în jurul bateriei de teste psihologice, nucleul acesteia fiind reprezentat de testele de inteligență²³.

Necesitatea măsurării cât mai precise a deficitului mintal reprezintă, în fapt, motivul ce a determinat construcția primului test de inteligență veritabil, moment de debut al psihometriei. Nu trebuie să uităm că scopul inițial al testului Binet-Simon era acela de a tria copiii ce nu reușeau să facă față cerințelor școlii de

²³ Trebuie să remarcăm însă faptul că aceste teste au, de multe ori, itemi care evaluează inteligența verbală sau capacitatea subiectului de a învăța. Probele operatorii piagetiene sunt bazate pe criteriul simptomatologic, ca mai toate testele psihometrice. Scalele de dezvoltare sunt instrumente convenabile în screening-ul deficiențelor mintale (e.g. H. C. Gunzburg. 1972. *Progress Assessment Chart of Social Development. Manual*. Birmingham: S.E.F.A.).

masă²⁴. R. Perron (*op. cit.*, p. 54) observa cu justețe că „debilitatea mintală, din punct de vedere istoric, a apărut mai întâi ca o incapacitate școlară”. De asemenea, nu trebuie să ometem nici centrarea excesivă pe factorul intelectual, neglijându-se disfuncțiile celorlalte sfere ale vieții psihice (îndeosebi domeniul afectivității). Într-un articol apărut postum („Problema înapoierii mintale”), L. S. Vâgotski (1924-1934, pp. 336-337) găsea drept evident faptul că „în cursul dezvoltării se modifică și se perfecționează nu numai funcțiile intelectuale ca atare, ci și relațiile dintre intelect și emoție”, motiv pentru care „trebuie

²⁴ Alfred Binet (1857-1911), discipol al lui Charcot, ulterior director al Laboratorului de psihofiziologie de la Sorbona și fondator al periodicului *L'Année psychologique*, împreună cu Théodore Simon (1873-1961), medic la azilul psihiatric de la Perray-Vaucluse, a dat curs invitației Ministerului Învățământului Public de a concepe o probă pentru evaluarea riguroasă a copiilor cu eșec școlar. Maniera în care Binet a procedat este edificatoare pentru modul în care a fost formulat constructul: el a conceput o serie de sarcini care, ulterior, au fost prezentate subiecților împărțiți în două loturi, în funcție de aprecierile învățătorilor – elevi „deștepți” și elevi „proști”; dacă sarcina era rezolvată numai de primii, atunci ea era păstrată, altminteri se renunța la aceasta. În 1905, prima variantă a scalei era operațională. Prima revizie a avut loc în 1908, iar a doua în 1911. În 1916 apare o variantă complet revăzută și reetalonată, la Universitatea Stanford (cf. Lewis M. Terman. 1916. *The Measurement of Intelligence*. Boston: Houghton Mifflin). Reviziile se succed periodic (e.g. Lewis Terman și Maud A. Merrill. 1937. *Measuring Intelligence*. Boston: Houghton Mifflin). Testul se impune drept reper psihometric principal, mai ales după introducerea conceptului de coeficient de inteligență (W. Stern, 1912). Sunt concepute și variante adaptate pentru deficienții senzoriali. La noi, un colectiv de psihologi condus de Florian Ștefănescu-Goangă realizează varianta românească a testului (cf. F. Ștefănescu-Goangă. 1940. *Măsurarea inteligenței. Revizuirea, adaptarea și completarea scării de inteligență Binet-Simon*. Cluj: Ed. Institutului Psihologic al Universității din Cluj) (apud A. Anastasi, 1996, R. S. Feldman, 2000, Ursula Șchiopu, 2002). Pentru alte detalii, v. A. Binet și Th. Simon (1905). Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence. *Année psychologique*, 11, 163-190; *idem* (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *Année psychologique*, 11, 191-244; *idem* (1909). L'Intelligence des imbéciles. *Année psychologique*, 15, 1-147; *idem* (1910). L'Ariération. *Année psychologique*, 16, 349-360; de asemenea, *idem* (1907). *Les Enfants anormaux*. Paris: A. Colin, respectiv *idem* (1916). *The Development of Intelligence in Children (The Binet-Simon Scale)*. Baltimore: Williams & Wilkins. Trebuie să remarcăm că, în ceea ce privește prestigiul, testul Binet-Simon (revizuit) este concurat doar de scalele Wechsler (reviziile WISC-III, pentru copii, și WAIS-III, pentru adulți). David Wechsler (1896-1981), psiholog la Bellevue Psychiatric Hospital și profesor de psihologie medicală la Universitatea din New York, abandonează conceptul de „vârstă mintală” deoarece experiența clinică invalidează ipoteza conform căreia obținerea aceleiași performanțe la testul Binet-Simon de către copii cu vârste biologice diferite ar indica niveluri identice ale dezvoltării mintale. El redefinește totodată coeficientul de inteligență, valoarea acestuia rezultând din însumarea unui IQ verbal și a unui IQ de performanță (cf. D. Wechsler. 1944. *The Measurement of Adult Intelligence*. New York: The Psychological Corporation; *idem*. 1949. *Wechsler Intelligence Scale for Children*. New York: The Psychological Corporation; *idem*. 1967. *Wechsler PreSchool & Primary Scale of Intelligence for Children Aged to 6 1/2 Years*. New York: The Psychological Corporation).

clarificată chestiunea cea mai importantă, fundamentală, și anume: care este raportul, legătura și dependența dintre deficiența afectivă și deficiența intelectuală a copiilor înapoiați mintal”²⁵.

Independent de psihologul rus, J. Piaget (J. Piaget și B. Inhelder, 1966, p. 133) atrăgea atenția că, în realitate, „conduita este deci unitară, chiar dacă structurile nu explică energetica și chiar dacă, invers, acestea din urmă nu explică structura; cele două aspecte – afectiv și cognitiv – sunt inseparabile și ireductibile”.

Desigur, analizând deficitul intelectual în contextul global al personalității, putem constata o serie întreagă de alterări și modificări (în raport cu normalitatea) ce conturează un tablou simptomatologic complex. Totuși, sunt destule cazurile în care fascinația exercitată de ușurința cuantificării performanțelor la test și de versatilitatea prelucrărilor statistice duce la absolutizări ale valorilor coeficienților de inteligență, mergând până la categorizări abuzive ale subiecților²⁶. Acest fapt a declanșat, în anumite țări, o dispută referitoare la valoarea de cunoaștere a instrumentelor psihometrice²⁷.

Concluzionând, criteriul psihometric rămâne reperul principal nu numai în clasificarea, dar și în descrierea formelor și gradelor de deficiență mintală. Pe de altă parte, deficitul intelectual se asociază în marea majoritate a cazurilor cu tulburări ale celorlalte funcții, procese și stări psihice, determinând un profil de personalitate *decompensat* (C. Păunescu, 1977) sau, acolo unde afectarea mintală este gravă, lipsa unei structuri psihice superior integratoare.

²⁵ Pe de altă parte, considera drept exagerată afirmația lui Kurt Lewin cum că debilitatea mintală ar cuprinde întreaga personalitate a individului (*ibid.*, p. 326).

²⁶ De pildă, M. C. Vernon și D. W. Brown (1964. A Guide to Psychological Tests and Testing Procedures in the Evaluation of Deaf and Hard-of-Hearing Children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 29, 414-423) relatează cazul unei fete surde care a fost instituționalizată cinci ani într-un spital pentru deficienți mintal deoarece obținuse la Stanford-Binet un coeficient de inteligență de... 29 (considerat valid!). Abia o examinare ulterioară (la care a obținut un QI de 113 la un test performanțial de inteligență) a permis reevaluarea cazului său și reorientarea către o școală de deficienți de auz. Mulți copii cu paralizie cerebrală au fost greșit diagnosticați ca fiind deficienți mintal datorită ignorării inabilităților lor verbale și motorii.

²⁷ Henri Salvat (1969, pp. 218-219) opina, destul de caustic, că testele de inteligență „nu numai că nu măsoară nimic, dar nu fac decât să constate o neconcordanță a sarcinii propuse cu capacitatea intelectuală a subiectului; ele n-ar trebui să fie decât o indicație asupra lacunelor și dezorganizării experiențelor anterioare ale subiectului”. Se conturează un clivaj între maniera constatativ-normativă a testării medico-psihologice și cea orientativ-formativă a psihopedagogiei speciale. „Dacă un copil este adus pentru examinare psihologică deoarece gândește, înțelege și memorează inefficient iar psihologul pune diagnosticul de 'retard mintal', prin aceasta nimic nu este explicat și nu se oferă o asistență practică mai eficientă decât în cazul medicului care pune diagnosticul de 'tuse'” (L. S. Vâgotski *apud* Șt. Szamosközi, 1997). Cf. valoarea probelor psihometrice în autismul infantil, sub aspectul validității, fidelității și sensibilității.

6. 4. PSIHODIAGNOZA DEFICIENȚEI MINTALE. FORME ȘI GRADE

Încă din articolele de pionerat din 1905, A. Binet și Th. Simon atrăgeau atenția asupra faptului că selecția propusă prin testul lor este convențională, în realitate fiind cu neputință de trasat o demarcație clară între gradele de deficiență mintală, așa cum nici normalitatea nu poate fi detașată net de insuficiența mintală. Constrângerile impuse de normele vieții sociale au determinat însă categorizări rigide, care să respecte scrupulozitatea unei măsurări științifice și care, prin urmare, să ofere certitudinea maximei obiectivități. Introducerea în 1912 a conceptului de „coeficient de inteligență” nu a fost decât un pas inevitabil în efortul de cuantificare a datelor experienței psihice²⁸. Deși edițiile succesive ale *DSM*-ului recurg la criteriul psihometric pentru a departaja nivelurile de retardare mintală (ținând cont de standardizările excepționale ale WISC-R și WAIS-R), practicienii sunt avertizați că „deoarece orice măsurare este failibilă, un scor IQ este în general considerat a implica o eroare de măsurare de aproximativ cinci puncte; prin urmare, un IQ de 70 este considerat a reprezenta o bandă sau o zonă de la 65 la 75” (*DSM-III-R*, 1987, p. 42).

Mihai Predescu (1994, p. 25) recomanda respectarea următoarelor principii în diagnoza deficienței mintale:

- dezvoltarea psihică a deficientului mintal are loc conform succesiunii stadiilor și etapelor psihogenetice întâlnite și în dezvoltarea persoanelor normale; examenul psihologic va determina, prin urmare, particularitățile de dinamică, sens (progres, stagnare, regres) și ritm ale dezvoltării, inclusiv limitele acesteia;
- tablourile simptomatologice ale deficienței mintale se particularizează în raport cu etiologiile care le determină;
- nivelul de manifestare a potențialului cognitiv real al subiectului indică gradul (profundimea) deficienței, indiferent de prezența sau absența altor deficiențe asociate;
- structura psihică a deficienților mintal este diferită de structura psihică a subiecților normali, având aceeași vârstă biologică;
- structura psihică a deficienților mintal este diferită de structura psihică a altor categorii de deficienți;
- structura psihică a deficienților mintal este diferită de structura psihică a persoanelor cu afecțiuni psihice;
- capacitatea de relaționare socială a deficienților mintal este perturbată, motiv pentru care se impune instituirea unei asistențe sociale calificate,

²⁸ Vasile Pavelcu folosea termenul de „testolatrie” pentru a denumi abuzul de instrumente psihodiagnostice într-o anumită perioadă istorică. „Psihologia matematică, prin ‘scientismul’ ei, exercită o fixație asupra unor spirite, fascinație care poate ușor produce o alunecare spre fetișism matematic, spre un ideal de ‘precizie pentru precizie’” (V. Pavelcu, 1972, p. 142).

alături de alte forme de asistență (psihopedagogică, psihoterapeutică, medicală, juridică etc.);

- alcătuirea programului de intervenție personalizat se bazează pe datele diagnozei și reflectă elementele prognostice diferențiale.

Criteriile diagnostice avute în vedere de standardul *DSM* (tulburări de dezvoltare, axa II) sunt:

- activitate intelectuală generală semnificativ sub medie;
- deficite sau deteriorări concomitente ale adaptării (eficacitatea persoanei în satisfacerea cerințelor expectate pentru vârsta ori nivelul de educație atinse în arii precum aptitudini sociale, responsabilitate, comunicare, viață cotidiană, autonomie personală și economică);
- debut înainte de vârsta de 18 ani (*DSM-III-R*, 1987, p. 46).

Examinarea cuprinde, în principiu, trei momente²⁹:

- *Examinarea medicală*. Constă în examenul somatic și cel neurologic. Explorările paraclinice au drept scop identificarea factorilor etiologici răspunzători pentru dezechilibrele biochimice neonatale sau pentru alte tipuri de afecțiuni (de regulă, cu caracter ereditar)³⁰.

- *Examinarea psihologică*. Calcularea coeficientului de inteligență și evaluarea nivelului dezvoltării mintale (Stanford-Binet sau WISC, CPM Raven și Crichton Vocabulary Scale, cuburile Kohs, labirinturile Porteus, Goodenough-Harris, probele operatorii piagetiene), probe de performanță (pentru evaluarea psihomotricității, percepției vizuale și auditive, atenției, memoriei, limbajului, afectivității, creativității), teste de personalitate (chestionare, probe proiective). Evident, instrumentele psihodiagnostice vor fi alese în funcție de vârsta și de capacitatea subiectului de a înțelege instructajul și de a se antrena în sarcină. „Deficiența mintală poate fi considerată o tulburare complexă a personalității, ceea ce presupune ca examinările în vederea stabilirii diagnosticului defectologic – fundamentul științific al selecției defectologice și al orientării școlare a copiilor deficienți – să aibă un caracter complex” (I. Sima, 1998, II, p. 6).

Examinarea *psihopedagogică* depășește cadrul psihodiagnozei de stare, punând accent pe probele formative. I. Drușu (*in* I. Radu, 1983, p. 282) sublinia faptul că „în timp ce diagnosticul medical definește în primul rând defectul primar, diagnosticul defectologic urmărește să determine tipul, forma, gradul deficienței mintale, precum și potențialul instructiv și compensatoriu al deficienței mintale”.

²⁹ Cf. cap. „Investigația pluridimensională a fenomenului de deficiență mintală” în C. Păunescu și I. Mușu (1997).

³⁰ Principalele investigații paraclinice sunt: examenul L.C.R., R.B.W., examinări urinare complexe, măsurarea principalelor constante biochimice, determinare de factor Rh, E.E.G., C.A.T., r.x. cranian, la care se adaugă întreaga gamă de investigații genetice.

• *Examinarea socială.* Anamneza cazului și ancheta socială trebuie să ofere acele date care să identifice sau să excludă factorii familiali și culturali implicați în etiopatogenia deficiențelor mintale³¹.

Esențial, în psihodiagnoza deficienței mintale, este *diagnosticul diferențial*. Acesta se face în primul rând cu:

- analfabetismul și subculturalitatea extremă (mai ales când se asociază cu patternuri comportamentale infantile, stereotipe sau deviante);

- pseudodebilitatea mentală (prin sesizarea discrepanțelor dintre performanțele la probele verbale comparativ cu cele neverbale, dar și prin investigarea atentă a mediului de proveniență a subiectului);

- întârzierea în dezvoltarea mentală din deficiențele senzoriale, simple sau asociate (*e.g.* cofoză și cecitate, respectiv surdocecitate), datorată carențelor de percepție și limbaj;

- tulburările de dezvoltare a personalității, cu deficit în aria operaționalității mintale și nu a nivelului de inteligență (*e.g.* disfuncții ale gândirii silogistice);

- stările defectuale de tip psihopatoid, cu dezvoltare psihomotorie normală până la momentul debutului afecțiunii psihiatrice a cărei evoluție determină deficiența mentală (C. Gorgos, 1988, p. 970);

- psihozele cu evoluție defectuală (*e.g.* autism infantil), evidențiindu-se în antecedente simptomatologia psihotică specifică de debut și de stare (*ibid.*);

- sindroame neurasteniforme, de epuizare, stări reactive, în care tulburările de performanță sunt funcționale, reversibile sub tratament (*ibid.*);

- alte stări deteriorative în care dezvoltarea psihică este normală până la data îmbolnăvirii (cazul afecțiunilor toxice, traumatice, degenerative etc.) (*ibid.*).

Deficiențele mintale cunosc o varietate mare de forme clinice, ceea ce face dificilă clasificarea lor. Dacă se procedează în manieră descriptivă, criteriul semiologic devine reperul taxonomic principal, iar insuficiența mentală, consecință a uneia sau alteia dintre maladii. De exemplu, sindromul Down prezintă un tablou clinico-psihiatric caracteristic: dezvoltare hipostaturală, facies mongoloid (cu hipertelorism și epicant³²), craniu aplatizat cu întârziere în închiderea fontanelor, frunte joasă, nas mic și aplatizat, limbă plicaturată,

³¹ Termenul *familial retardation* desemnează, în literatura de specialitate americană, categoria principală a deficiențelor mintale fără cauză organică cunoscută, dar cu antecedente heredo-colaterale. După E. Simonoff, P. Bolton și M. Rutter (1996), este imposibil de determinat dacă fondul familial tarat (*families' backgrounds of retardation*) se datorează unor agenți din mediu (*e.g.* malnutriție consecutivă unei stări cronice de sărăcie extremă) sau unor factori genetici încă nedepistați. Indiciul caracteristic este acela al existenței uneia sau mai multor persoane cu deficiență mentală în anturajul familial, de unde și denumirea. Prin *cultural-familial retardation* se înțelege acel deficit intelectual datorat carențelor relaționale cu mediul social, mergând până la deprivare senzorială și socială extremă în anii critici pentru dezvoltarea psihică (J. C. Coleman, J. N. Butcher și R. C. Carson, 1984, p. 526). Ambele sunt implicate în etiologia intelectului de limită.

³² Sau „cuta mongoloidă”, constând dintr-un pli cutanat semilunar, vertical, cu concavitatea în afară, ce acoperă comisura internă (F. Fodor și Pop D. Popa, 1991, p. 120).

mâini plate, mici și lățite, degete scurte și pătrate (sindactilie frecventă), malformații somatice (mai ales cardiopatii), cataractă (în peste 50 % din cazuri), deficit mintal moderat (fără a exista o corelație semnificativă între numărul de simptome fizice și nivelul dezvoltării intelectuale), afectivitate eclatanță dar imatură, sensibilitate pentru ritm și muzică, tulburări caracteriale frecvente (instabilitate, agresivitate, opoziție, negativism)³³, speranță de viață peste 16 ani la naștere, respectiv peste 22 de ani la cei în vârstă de peste un an³⁴. „Copilul cu sindrom Down rămâne adesea la jumătatea drumului între conștiința extinsă, periferică a copilului mic și cea focalizată a adultului. Conștiința lui nu va atinge practic niciodată acel grad de separare sau detașare de lume care-l caracterizează astăzi pe omul obișnuit. Acest copil rămâne în mod singular o parte integrantă a mediului său și în special a celor care-i sunt mai apropiați” (Th. J. Weihs, 1971, p. 148).

Dacă se apelează la criteriul cronologic, deficiențele mintale se clasifică în *congenitale* și *dobândite*. După M. Chiva și Y. Rutschmann (1969, p. 115), „această distincție între ‘congenital’ și ‘dobândit’, care, de altfel, este foarte curentă și în zilele noastre, reprezintă de fapt o falsă distincție pe plan explicativ. Căci dihotomia dintre ‘congenital’ și ‘dobândit’ stabilește cel mult o ordine cronologică și nicidecum o diferență causală”.

În opinia lui L. S. Penrose (1949)³⁵, este dificil să se nege cauzele (posibil prenatale) ale unei boli sau deficiențe, chiar dacă acestea se pot manifesta cu întârziere, iar termenul „congenital” nu implică în mod necesar ideea de ereditate, ci se referă la mediul prenatal. De asemenea, leziunile ce survin în timpul nașterii nu pot fi atribuite exclusiv uneia sau alteia dintre cele două categorii (*ibid.*, pp. 115-116).

O distincție mai restrictivă o operează dihotomia *exogen* – *endogen*, propusă de Strauss și colaboratorii săi³⁶, ce are la bază criteriul etiologic. Astfel, categoria celor exogene cuprinde deficiențele intelectuale consecutive unui traumatism cranio-cerebral, pe când endogene sunt toate celelalte deficiențe mintale la care nu se poate evidenția o leziune neurologică. Cercetări riguroase au dovedit un anumit specific al deficiențelor pe fond traumatic (îndeosebi în sfera percepției și a elaborării conceptelor, precum și în cea comportamentală), dar au fost documentate și suficiente cazuri de deficiențe intelectuale post-traumatice cu simptomatologie caracteristică celor endogene („normale”).

³³ Cf. A. Anastasi (1965), M. Chiva și Y. Rutschmann (1969), J. C. Coleman, J. N. Butcher și R. C. Carson (1984).

³⁴ J. Tizard (1964. *Community Services for the Mentally Handicapped*. Oxford: Oxford University Press) găsea semnificativ faptul că scăderea cu o treime a incidenței cazurilor având un nivel intelectual inferior quotientului 50 a fost mascată de creșterea duratei vieții lor cu două treimi, în special a celor cu sindrom Down.

³⁵ L. S. Penrose (1949). *The Biology of Mental Defect*. New York: Grune & Stratton.

³⁶ A. A. Strauss și L. E. Lehtinen (1947). *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child*. New York: Grune & Stratton.

Diagnosticul etiologic se stabilește pe baza examenului medical și a celui neurologic, în contextul anamnezei și a evaluării psihologice. Diagnosticul endogenității se formulează ca urmare a nedepistării vreunei leziuni cerebrale sau nervoase. Anterior lui A. A. Strauss, E. O. Lewis³⁷ propunea partajarea deficiențelor mintale în două tipuri: *subcultural* și *patologic*. În cel dintâi sunt incluse toate cazurile considerate drept variații extreme negative ale distribuției normale a coeficienților de inteligență pentru o populație dată. Termenul propus de E. O. Lewis se referă la apartenența acestor deficienți la grupul social obișnuit și nu are nici o conotație peiorativă. Tipul celălalt include toate cazurile „anormale”, în care deficiența mintală a survenit în urma unei afecțiuni (ereditare, dar și organice). Comparativ, prima categorie este mult mai numeroasă decât cea de-a doua, deoarece E. O. Lewis a inclus în ea și cazurile datorate efectelor negative ale mediului de viață și de educație³⁸. Distincția făcută de R. F. Tredgold între *amenția primară* și cea *secundară* (v. termenul „amenție”) nu ia în considerare factorii educaționali, culturali sau sociali, ci pare mai degrabă asemănătoare cu dihotomia *exogen – endogen*. Într-o clasificare a oligofreniilor (v. termenul „oligofrenie”), M. S. Pevzner nu găsește loc pentru „endogenitate” ori „subculturalitate”, și nici pentru deficiența consecutivă carențelor socioculturale. După ea, deficiența mintală este întotdeauna dobândită. „Cu alte cuvinte, această clasificare încetează aproape a mai fi etiologică și devine o clasificare sindromică, orientată mai ales spre scopuri aplicative (luări de poziție medicale, pedagogice etc.)” (*ibid.*, p. 119).

Criteriul etiologic este considerat ca fiind cel mai obiectiv, cu condiția recunoașterii unor influențe multifactoriale în apariția deficienței mintale de tip endogen (subcultural), spre deosebire de tipul exogen (patologic) în care factorul singular este determinant (e.g. traumatism cranio-cerebral acut). Însă, „în aproximativ 30-40 % din cazurile întâlnite în condiții clinice, nu poate fi determinată nici o etiologie clară, cu toate eforturile de evaluare extinse” (*DSM*, 1987, p. 46).

În ceea ce privește gradele deficienței mintale, adoptarea criteriului psihometric pare soluția cea mai potrivită, deși valorile de reper ale coeficienților de inteligență încă variază de la test la test sau de la autor la autor. Conform sursei celei mai autorizate (standardul *DSM*, 1987, 1994), deficiențele mintale prezintă următoarele grade³⁹⁻⁴⁰:

³⁷ E. O. Lewis (1933). Types of Mental Deficiency and Their Social Significance. *Journal of Mental Science*, 79, 298-304.

³⁸ Fapt ce, pe de o parte, atrăgea atenția asupra a ceea ce mai târziu va purta numele de „handicap educațional” (I. Emanuelsson, 1997), dar care, pe de altă parte, îngloba și pseudodebilitatea mintală, reversibilă în condițiile unei intervenții psihopedagogice eficiente, spre deosebire de celelalte forme.

³⁹ Valori ale coeficienților de inteligență calculate folosind probele WISC și Kaufman Assessment Battery for Children.

- liminar : 70-80 (intelect de limită);
- ușor : 50-69 (debilitate mintală ușoară);
- mediu : 35-49 (debilitate mintală moderată);
- sever : 20-34 (imbecilitate);
- profund : < 20 (idiotie).

Repetăm, aceste valori trebuie considerate ca având o marjă de fluctuație de ± 5 pct⁴¹.

În clinică, se menține clasificarea în grade a oligofreniilor (*apud* C. Gorgos, 1989, p. 316):

- intelect de limită: 70-89 (V.M. 12-14 ani, copil educabil în învățământul de masă);
- gradul I : 50-69 (V.M. 8-12 ani, educabil în școala specială);
- gradul II : 20-49 (V.M. 5-7 ani, antrenabil în centre de plasament);
- gradul III : < 20 (V.M. sub 2 ani, parțial antrenabil în centre de plasament).

⁴⁰ Oferim, comparativ, valorile IQ după Binet-Simon (terminologia fiind cea recomandată de Terman la revizia din 1916, reactualizată ulterior):

Terman (1916)	IQ	Ștefănescu-Goangă (1940)	IQ
– dull:	80-90	– proști	80-89
– borderline:	70-80	– mărginiți	70-79
– moron:	50-70	– moroni	50-69
– imbecile:	20-50	– imbecili	23-49
– idiot:	< 20	– idioți	0-22

Actualmente sunt preferați termenii *mild*, *moderate*, *severe*, respectiv *profound* (*retardation*). Revizia din 1973 a clasificării A.A.M.D. nu mai recunoștea nivelul liminar (*borderline retardation*), limita superioară fiind plasată la valoarea 85 a IQ. A fost propusă, în schimb, sintagma *normal variations in intelligence*.

⁴¹ S-ar putea intra în detalii dacă analizăm justetea alegerii acestor valori ale coeficienților de inteligență. Astfel, alegerea distribuției normale având deviația standard (S.D.) 15 impune plasarea limitei superioare a deficienței mintale la distanța de circa -2 S.D. de medie, corespunzătoare valorii 70 (WAIS). Oricum, valoarea numerică a coeficienților de inteligență (mai corect, dIQ: *deviation IQ*) depinde de testul folosit, examinatorul fiind prin urmare obligat să ia în considerare caracteristicile metrologice ale acestuia. La cele discutate, mai trebuie să adăugăm și „efectul Flynn” (creșterea constantă, de la debutul măsurărilor psihometrice, a coeficientului mediu de inteligență) (*cf.* James Flynn. 1987. Massive IQ Gains in 14 Nations: What IQ Tests Really Measure. *Psychological Bulletin*, 101, 171-191). Explicația acestui fenomen este incertă (factori educaționali și nutriționali fiind probabil implicați), dar în nici un caz nu este vorba despre vreo mutație genetică.

Atragem atenția asupra faptului că vârstele mintale prezentate au scop pur orientativ, neexistând, de exemplu, decât o asemănare superficială între psihismul incoerent și cvasi-vegetativ al copiilor cu deficiență mintală profundă și cel aflat în curs de structurare și diferențiere propriu copiilor normali, aflați în tranziție de la inteligența senzorio-motorie la cea bazată pe funcția simbolică.

Prevalența retardării mintale este de circa 1 % și este de 1,5 ori mai frecventă la băieți decât la fete (*DSM*, 1987). Diverși autori oferă procente de două până la cinci ori mai mari, în funcție de criteriile luate în considerare și de reprezentativitatea eșantionului selectat⁴². Analizând distribuția cazurilor după gravitatea acestora, se constată o repartizare puternic asimetrică, în sensul că 85 % sunt încadrabile în categoria deficienței mintale ușoare, 10 % se află în cea cu nivel moderat, 3-4 % aparțin imbecilității, iar restul de 1-2 % idiotei. Evident, nu luăm în calcul categoria extrem de laxă a intelectului de limită.

6. 5. ETIOLOGIA DEFICIENȚELOR MINTALE

Încercând o prezentare cât mai concisă a cauzelor deficiențelor mintale, ne vedem în postura ingrată de a recunoaște insuficiența datelor privitoare la etiologie, aproape jumătate dintre cazuri fiind, așa cum am indicat mai sus, idiopatice. Pentru cauzele precizate, aspectul biologic este predominant, fiind și cel mai ușor de evidențiat. „Vorbind despre etiologia debilității mintale, vom avea mereu prezentă în minte această ingerință posibilă a factorilor în structura organică fundamentală a individului, structură care suferă astfel modificări stabile și poartă înscrisă în sine însăși cauza deficitului intelectual” (M. Chiva și Y. Rutschmann, *op. cit.*, p. 111).

În marea majoritate a situațiilor, factorii etiologici (ereditari specifici și cei extrinseci) se cumulează (*ibid.*, p. 113).

Cele mai importante cauze sunt cele genetice, deficiența mintală constituind doar o parte a tabloului simptomatologic rezultat. În cele mai multe cazuri, tulburările vieții psihice acompaniază diverse alte afecțiuni somatice sau metabolice, în cadrul stării de polihandicap. Variațiile deficitului intelectual sunt impresionante, de la valori liminare până la indecelabil. Spre deosebire de formele endogene, cele exogene au, în genere, un trend developmental accentuat dizarmonic (v. conceptul de „heterocronie”), iar valorile coeficienților de inteligență fluctuează în intervalul mijlociu-inferior al scalei de referință. Mai mult decât atât, prezența deficiențelor asociate deteriorează mult capacitățile psihice restante, conducând la un profil psihologic mozaicat, puțin remaniat de atenuările vicariante specifice fenomenului compensării. Debilitatea mintală

⁴² O discuție amănunțită în acest sens în Gh. Radu (2000, pp. 19-23).

endogenă rămâne încă o enigmă sub aspectul etiologiei, fiind foarte probabil rezultatul unei constelații poligenice defavorabile. Referitor la oligofreniile genetice, acestea au la bază trei mecanisme de producere principale (C. Gorgos, 1989, p. 317)⁴³:

- poligenie,
- erori ale metabolismului (disenzimopatii) dobândite ereditar,
- anomalii cromozomiale de număr și morfologie.

Sistematizăm (*apud* A. Anastasi, 1965, M. Chiva și Y. Rutschmann, 1969, A. M. Clarke și A. D. B. Clarke, 1974, C. Gorgos, 1989) varietățile clinice cele mai frecvent întâlnite:

1. *Oligofrenii genetice produse prin mecanism poligenic apar în următoarele afecțiuni*: acondroplazie, boala Apert (acrocefalosindactilia), sindromul Marfan (arahnodactilia), boala Sturge – Weber (angiomatoza encefalo-facială), boala Louis – Bar (ataxia telangiectazică), scleroza tuberoasă sau epiploia (Bourneville), boala Crouzon (disostoza cranio-facială), neurofibromatoză (boala Recklinghausen), staroligofrenie (oligofrenie cu cataractă), boala Duchenne (distrofia musculară), sindromul Cokayne, sindrom cerebro-costomandibular, sindrom cerebro-hepato-renal etc.

Sunt transmise prin:

- autozomal dominant;
- autozomal recesiv;
- X *link*-uri dominante/recesive (precum, în acest ultim caz, diabetul insipid nefrogen și hidrocefalia).

2. *Oligofrenii genetice consecutive unor disenzimopatii* se întâlnesc în: fenilcetonurie⁴⁴ (cauzată de lipsa enzimei de conversie fenil-alanin-hidroxi-lază), aciduria argininsuccinică, aciduria izovalerianică, boala „urinii cu miros

⁴³ Utilizăm în continuare termenul de „oligofrenie” conform accepției lui M. S. Pevzner (1959): deficiență mentală dobândită, neprogresivă, cu substrat organic precizat.

⁴⁴ PKU (phenylketonuria) sau oligofrenia fenilpiruvică. Encefalopatie descrisă în 1934 de medicul norvegian Asbjorn Følling, ca urmare a identificării acidului fenilpiruvic în urina unor copii deficienți mental, concomitent cu depistarea la aceștia a unei halene particulare. Este produsă de o mutație autozomală ce determină blocajul metabolic al fenil-alaninei, făcând imposibilă conversia acesteia în tirozină datorită lipsei enzimei specifice din ficat (fenilalanină 4-hidroxi-lază). Efectul este dramatic, generând o simptomatologie marcată de iritabilitate, episoade convulsive, vomismente, edeme, exagerarea reflexelor osteotendinoase, concomitent cu retard psihomotor progresiv și modificări ale E.E.G. Evoluția este ireversibilă, cu deficit mental profund manifest încă din primul an de viață. Incidență: 1/10.000 (*cf.* C. Gorgos, 1988, s.v.).

de arțar" (*maple syrup urine disease*), boala Tay – Sachs (idioția amaurotică)⁴⁵, boala Hurler (gargoilismul)⁴⁶ etc.

3. *Oligofrenii determinate de disendocrinii*: diabetul insipid nefrogen, mixedemul (idioția mixedematoasă)⁴⁷, hipoparatiroidismul etc.

4. *Oligofrenii determinate de aberații cromozomiale*: sindromul Down (trisomia totală/parțială a cromozomului G21), sindromul Klinefelter (1-3 cromozomi X excesivi)⁴⁸, sindromul Turner (monosomie totală/parțială a unui cromozom X),

⁴⁵ Mai corect spus, „idioții amaurotici”: „grup de afecțiuni ereditare metabolice (deficit enzimatic) ce determină stocarea în substanța cenușie centrală a uneia sau mai multor ganglioze, cu transmitere recesiv-autozomală, și care au o frecvență crescută în familiile cu grad ridicat de consanguinitate parentală” (C. Gorgos, 1988, s.v.). Forma infantilă (boala Tay – Sachs) debutează în primele luni de la naștere, manifestându-se clinic prin apatie, dezinteres față de mediu și părinți, simptomatologie neurologică (tetraplegie cu reflexe osteotendinoase vii, remanență a unor reflexe primitive, rigiditate, stări convulsive) și oftalmologică (amauroză, atrofie papilară, retinită pigmentară, maculă roșcat-albăstruie) tranzitorie. Moartea survine, de obicei, în urma unor infecții pulmonare, în următorii doi, trei ani. Forma congenitală (Horman – Wood) se remarcă în primele zile după naștere și prezintă aceeași simptomatologie clinică. Forma infantilă tardivă (boala Jansky – Bielschowsky) se manifestă prin demențiere progresivă, ataxie cerebeloasă și amauroză, moartea survenind în câțiva ani de la debutul bolii. Forma juvenilă (boala Spielmayer – Vogt sau boala Batten – Mayou) apare între 2 și 10 ani se exprimă clinic prin deficit mintal progresiv, tulburări neurologice și oftalmologice, decesul survenind în jurul vârstei de 20 de ani. Forma juvenilă tardivă (boala Kufs) are o simptomatologie asemănătoare celei de mai sus, dar este extrem de rară. Sunt descrise și alte tipuri de idioții amaurotice. Diagnosticul pozitiv și diferențial al acestor afecțiuni nu poate fi stabilit decât prin examene histochemice (C. Gorgos, *ibid.*, s.v.).

⁴⁶ Parte a unui grup de maladii genetice (mucopolizaharidozele), înrudite biochimic și clinic, dar deosebite din punct de vedere genetic, cu transmitere autozomal-recesivă, caracterizate prin tulburarea metabolismului polizaharidelor, actualmente fiind descrise șase tipuri: tipul I (sindromul Hurler), tipul II (sindromul Hunter), tipul III (sindromul San Filippo), tipul IV (sindromul Moroquio), tipul V (sindromul Ulrich – Scheie), tipul VI (sindromul Maroteaux – Lamy sau nanismul polidistrofic). Din punct de vedere clinic, mucopolizaharidozele prezintă următorul tablou simptomatologic: dismorfism gargoilic (facies grosolan, frunte bombată, buze groase, radix nazal șters, narine lăgite), redori articulare (cu limitarea mișcărilor), hepatosplenomegalie, malformații cardiace, nanism, opacifieri corneene, surditate, deficit mintal variabil etc. (C. Gorgos, 1989, s.v.).

⁴⁷ Congenital și dobândit (infantil sau juvenil, respectiv al adultului). Insuficiența tiroidiană a copilului conduce la retard în dezvoltarea psihomotorie, nanism, deficit intelectual (profund, în cazul idioției mixedematoase, pacientul fiind condamnat la o existență cvasi-vegetativă). Mixedemul infantil (juvenil) este dobândit și apare la vârste diferite, dar după încheierea mielinizării sistemului nervos, motiv pentru care deficitul psihomotor este mai redus decât în cazul forme congenitale (C. Gorgos, 1989, s.v.).

⁴⁸ Afecțiune genetică descrisă de H. F. Klinefelter în anul 1942. Severitatea deficitului mintal este direct proporțională cu numărul cromozomilor supranumerari. Alături de forma clinică comună, au fost descrise forme fruste, asimptomatice, precum și forme asociate cu oligofrenie severă, mongoloidism ori anomalii genitale. Evoluția este gravă iar prognosticul, rezervat (C. Gorgos, 1988, s.v.).

sindromul Edwards (trisomia totală/parțială a cromozomului E17 sau E18)⁴⁹, sindromul Patau – Smith (trisomie totală/parțială a unuia dintre cromozomii D13 – D15)⁵⁰, sindromul Lejeune sau „*cri du chat*” (deleție parțială a brațului scurt al cromozomului B5), sindromul Noonan, sindromul Grouchy, sindromul Schmidt – Fraccaro etc.

5. *Oligofrenii exogene neereditare*, clasificate în funcție de perioada predilectă de acțiune a noxelor asupra regiunii cerebrale a copilului:

- Congenitale:

a) factori cu acțiune în primele trei luni ale perioadei intrauterine (chimici, fizici, medicamentoși⁵¹, infecții ale mamei – toxoplasmoza, rubeola, sifilisul – toxemii gravidice tardive, incompatibilitate de factor Rh, traumatisme abdominale ale gravidei);

b) factori cu acțiune în perioada fetală (intoxicații cu metale grele – plumb, mercur –, *placenta prævia*, infecții materne, traume fizice dar și psihice ale gravidei).

- Dobândite:

a) neonatal (prematuritate, icter nuclear, hipoxie cerebrală, traumatisme obstetricale);

b) postnatal (afecțiuni inflamatorii cerebrale – encefalite, meningo-encefalite, meningite –, distrofii grave, intoxicații cu monoxid de carbon, traumatisme cranio-cerebrale).

6. *Debilități mintale endogene cu etiologie neprecizată* (și, de aceea, considerate drept înăscute, cu și fără antecedente heredo-colaterale): se datorează fie unei combinații genice defavorabile moștenite, dar nedepistate până acum la examenul genetic (cu alte cuvinte, exprimată fenotipic), fie carențelor educaționale și relaționale severe, fie, pur și simplu, fluctuațiilor aleatorii de tip statistic (așa cum ne sugerează distribuția normală). Analizând relevanța factorilor psiho-afectivi, M. Chiva și Y. Rutschmann (*op. cit.*, p. 133) identificau trei atitudini tipice ale părinților față de copilul debil mintal: supraprotecție, respingere, culpabilitate. „Aceste comportamente interferează relațiile copilului cu mediul său familial, al cărui echilibru poate să fie compromis de

⁴⁹ Sindrom caracterizat prin dismorfie facială, retrognatism cu hipoplazie a maxilarului inferior, malformații nazale și auriculare, malformații digitale, deficit mintal sever, întârziere psihomotorie deosebit de gravă. Durata medie de viață este de 7-8 luni, deși au fost semnalate cazuri care au supraviețuit până la zece ani (C. Gorgos, 1988, s.v.).

⁵⁰ Descriș în anul 1960 de K. Patau și W. D. Smith. Tabloul simptomatic este extrem de grav (anomalii cranio-faciale, neuropsihice, oculare, dermatoglice și ale extremităților membrelor). Deficit mintal sever, mortalitate masivă în primele șase luni de la naștere (C. Gorgos, 1989, s.v.).

⁵¹ Compuși teratogeni (e.g. thalidomida).

către situația debilului, de rangul pe care-l deține în fratrie, de consecințele afective ale relațiilor sale cu frații și surorile", între extremele reprezentate de copilul instituționalizat și neglijat afectiv-relațional și cel beneficiind de atenția exclusivă a mamei existând nenumărate situații intermediare. De asemenea, referindu-ne la deprivarea socială extremă (asociată sau nu cu deprivare senzorială sau cu carențe nutriționale), au fost studiate suficiente cazuri (unele chiar de dată recentă) care au probat efectul handicapant mintal al izolării prelungite (senzoriale și sociale) în cursul perioadei critice a dezvoltării somato-psihice.

În finalul acestui subcapitol, trebuie să amintim importanța *sfatului genetic* în prevenirea apariției deficiențelor mintale exogene. Sfatul genetic, reprezentând „evaluarea riscului pe care îl are o persoană de a dezvolta o tulburare genetică sau un cuplu de a avea un copil handicapat” (M. E. Osiceanu, 2001, p. 70), devine stringent într-una din următoarele situații: soț purtător al unei maladii genetice, consanguinitate în cuplu, soți aparținând unei comunități în care o mutație specifică este frecventă⁵², părinți care au deja un copil diagnosticat cu o maladie genetică, antecedente heredo-colaterale. Prin convenție, se consideră că un risc mai mare de 20 % de a avea un copil deficient (mintal sau de altă natură) este inacceptabil. Diagnosticul prenatal modifică orientarea sfatului genetic, în sensul că părinții sunt nevoiți să decidă, concret și urgent, dacă acceptă sau nu să aibă un copil cu risc de a dezvolta o boală genetică. Procedura care conduce la formularea diagnosticului prenatal este însă controversată, deoarece există niște riscuri la care gravida se expune, cel al pierderii sarcinii fiind esențial. Este important de știut că, de pildă, riscul fetal asociat biopsiei de trofoblast este de circa 3 %, iar mortalitatea fetală în urma amniocentezei oscilează în jurul valorii de 0,5 %, în timp ce riscul de a naște un copil cu sindrom Down nu depășește un procent de 0,14-0,16 % (în populația normală). Din acest motiv, este bine ca indicația pentru diagnostic prenatal să fie dată numai în cazul unor suspiciuni întemeiate.

6. 6. INTELECT LIMINAR ȘI PSEUDODEBILITATE MINTALĂ

Dificultățile privind definirea și încadrarea exactă a deficienței mintale liminare sunt atât de ordin conceptual, cât și metodologic. În primul rând, nu este clar dacă vorbim despre limita superioară a *deficienței mintale*, însemnând depistarea principalelor semne diagnostice ale debilității mintale dar într-o formă mult atenuată⁵³, sau trebuie să introducem noțiunea ambiguă de

⁵² De exemplu, β -talasemia este endemică în Sardinia, impunând autorităților din insula italiană măsuri severe de diagnostic și sfat genetic (și conducând, în perspectivă, la programe de terapie genică).

⁵³ După G. Ionescu (*op. cit.*, p. 204), „liminalul mintal nu se află la limita inferioară a normofreniei, ci la limita superioară a oligofreniei”.

„variații normale ale inteligenței”. În al doilea rând, instrumentele psihodiagnostice își pierd valoarea discriminatorie la fluctuații ale coeficienților de inteligență aflate sub marja de eroare de ± 5 pct. (S.E.M.= 2,5).

Intelectul de limită (sau *hipofrenia*⁵⁴) este mai degrabă un concept operațional, menit a categoriza cumva copiii cu retard școlar și adaptare socială disfuncțională. Etiologia este în mare parte psihogenă (*cultural-familial retardation*), iar cea organică este nespecifică, incluzând toți factorii răspunzători de întârzierea generală în dezvoltarea somatică. C. Păunescu și I. Mușu (*op. cit.*, pp. 127-129) sintetizau, după o serie de autori, principalele elemente simptomatice. Acestea sunt de ordin somatic (dezvoltare somato-staturală deficitară, tulburări endocrine, hipofuncție gonadică), neurologic (diferite forme și grade de pareze și paralizii, nistagmus, tremor intențional, tulburări de echilibru), psihologic (disfuncții senzoriale, deficit de organizare și orientare spațio-temporală, diverse agnozii și apraxii, dislexo-disgrafie, discalculie, achiziții verbale precare, capacitate redusă de simbolizare și de vehiculare a simbolurilor, înțelegere scăzută a semnificațiilor cuvintelor și situațiilor, carențe ale generalizării și abstractizării cu repercusiuni asupra atingerii nivelului logico-formal al gândirii, imaturitate afectivă, agitație psihomotorie, tulburări de învățare). Dezvoltarea mintală în genere este încetinită în mod evident, însă, în condițiile unei intervenții psihopedagogice eficace, retardul poate fi recuperat. Tocmai reversibilitatea deficitului intelectual liminar ridică întrebarea dacă întârzierea mintală este cu adevărat constituțională sau se datorează exclusiv factorilor culturali (familiali și sociali) ce handicapează o structură somato-psihică vulnerabilă sau tarată. Este foarte probabil ca intelectul de limită să nu existe ca entitate taxonomică distinctă iar manifestările ce îi sunt atribuite să mimeze în mod superficial simptomatologia debilității mintale⁵⁵. În acest caz, introducerea pripită a acestor copii în programe destinate deficienților mintal nu face decât să le accentueze manifestările, inducându-le un pattern psiho-comportamental care nu le era specific. Pe de altă parte, tratarea lor în mod nediferențiat de subiecții normali conduce la ignorarea dificultăților reale pe care le au și, în timp, la apariția fenomenului de eșec școlar și socio-profesional. Oricum am lua-o, diagnoza deficienței mintale liminare este complicată și controversată. În opinia lui Gh. Radu (*op. cit.*, p. 72), „confuzia ce se face, adesea, între deficiența mintală ușoară și intelectul de limită, pomindu-se, mai ales, de la criterii lingvistice și nu de la cunoașterea exactă a realităților la care se referă cei doi termeni, generează pericolul abordării nediferențiate în activitatea de terapie complexă și de recuperare a unor copii între care, din punct de

⁵⁴ Termen utilizat mai rar „pentru a delimita deficite marginale ideo-afective și de conduită generate prin interferențe negative bio-psiho-sociale, care se plasează în zona incertă dintre debilitatea mintală și sanogeneza psihică” (P. Brânzei și A. Sârbu, 1981, p. 167).

⁵⁵ A. Anastasi (1996) preciza faptul că valoarea coeficientului de inteligență la testul Stanford-Binet diferă considerabil în funcție de zona geografică de rezidență, de nivelurile socio-economic, cultural și educațional.

vedere al dezvoltării și al capacităților intelectuale reale, există nu numai diferențe cantitative, scoase în evidență de procedeele psihometrice, dar și diferențe calitative, a căror punere în evidență nu se poate face decât printr-o activitate mai laborioasă de psihodiagnostic diferențial, bazată pe investigații complexe, îndeosebi pe probe formative”.

Chiar termenul de „deficiență mintală liminară” devine impropriu atunci când carențele psihocomportamentale observate sunt remediabile. Se apreciază că circa 10-12 % din populația școlară s-ar încadra în categoria intelctului de limită⁵⁶, însă, în opinia noastră, estimarea este futilă atâta timp cât nu există un screening școlar profesional, iar caracterizările venite din partea cadrelor didactice au toate neajunsurile evaluării pedagogice în scop psihologic. Așa-numita „probă a școlii de masă” nu este altceva decât o tentativă grosieră de evaluare a copiilor pe parcursul unui an școlar, fără ca psihologul sau defectologul să fie cu adevărat implicați în urmărirea evoluției copilului⁵⁷. Cerințele unui studiu longitudinal de calitate în depistarea și încadrarea taxonomică corectă a deficiențelor mintale sunt, după J. Tizard (1974, p. 114), următoarele: luarea în considerare a diferențelor biologice privind categoria celor cu debilitate mintală „patologică”, „clinică” sau „organică” comparativ cu cei etichetați drept „subculturali”, „aclinici” ori „endogeni”; distingerea precisă între cei cu retard intelectual pasager și cei cu deficit mintal stabil; luarea în considerare a distorsiunilor (*biases*) datorate transferurilor improprii ale generalizărilor valabile pentru cei cu deficiență mintală reală. Ori este evident faptul că aceste precauții nu sunt luate atunci când se recurge la școlarizarea nediscriminatorie a copiilor cu intelect de limită. La fel, după cum vom vedea în ultimul capitol, integrarea școlară a debililor mintal (*mainstreaming*) numai prin decizie organizațională, fără sprijin adecvat, nu reprezintă altceva decât tot o formă a „probei școlii de masă”, dar cu prognostic negativ neîndoielnic.

În aceste condiții, cerința unui examen diferențial devine obligatorie. Prima distincție este cea între intelectul liminar și pseudodebilitatea mintală. Aceasta din urmă se definește drept „eficiență scăzută a capacităților operațional-cognitive

⁵⁶ Apud C. Gorgos, 1988, p. 490.

⁵⁷ Gh. Radu (*ibid.*, p. 142 sq), de altfel, combate în mod convingător ideea revenirii la „proba școlii de masă”, ca modalitate facilă de prevenire a instituționalizării greșite a copiilor suspecți de debilitate mintală ușoară. „Proba școlii de masă nu are nimic în comun cu diagnosticul formativ diferențiat, deoarece nu-și propune să depisteze eventualele cauze care ar putea sta la baza unui eșec global la învățătură, ci urmărește doar să înregistreze – cu obiectivitate, dar pasiv – o anumită stare de lucruri, adică insuccesul școlar al elevului avut în vedere. Proba școlii de masă – care nici măcar nu este o reală probă, în sensul experimental al noțiunii, ci reprezintă doar o situație observativă, în care fiecare școlar este studiat într-un context didactico-educativ obișnuit – poate, cel mult, să stea la baza unei diferențieri între starea de succes și în cea de insucces școlar și să sugereze, eventual, măsuri de remediere a situației precare la învățătură” (*ibid.*, p. 143).

fără determinare congenitală sau dobândită în urma unor maladii neuropsihice (epilepsie, encefalită, traumatism craniocerebral etc.)" (C. Gorgos, 1989, s.v.)⁵⁸.

Dacă admitem că intelectul de limită și pseudodebilitatea mintală sunt unul și același lucru, adică o stare pasageră de retard mental datorată unor condiții exterioare subiectului, atunci putem vorbi despre subculturalitate și întârziere educativă. Dacă optăm însă pentru o deosebire între cele două, în sensul că primul are o componentă constituțională ce lipsește celeilalte, atunci diagnoza diferențială (medicală, psihopedagogică și socială) ar trebui să pună în evidență tocmai acest aspect. A doua distincție trebuie făcută între intelectul de limită și tulburările de învățare. După cum am văzut, acestea din urmă, considerate ca atare, nu presupun deficit mental „de structură” (constituțional), ci de „funcționalitate” (cu alte cuvinte, deficiențele analitico-sintetice, simptomatice pentru oligofrenie, se datorează aici unor tulburări ale aferențelor senzoriale sau ale decodării și interpretării datelor la nivelul zonelor corticale de asociație). Elementul discriminator caracteristic este fluctuația semnificativă a performanțelor copilului cu tulburări de învățare la sarcini diferite (e.g. rezultate mediocre la matematică, dar foarte bune la muzică), în timp ce randamentul copilului cu intelect liminar este sub medie la toate sarcinile școlare care implică decizie pe baza unui raționament. Dacă la cel dintâi gândirea silogistică este intactă și operațională în situații ce nu necesită simbolism matematic sau lingvistic, la celălalt operațiile gândirii par a se desfășura cu încetineală, rigid și ezitant, evitând nivelul formal. Deosebirea esențială față de cazul debilității mintale constă în accesibilitatea de principiu a acestui nivel, cu ajutor specializat, fapt dovedit prin evaluarea formativă. Pe când copilul cu intelect liminar pare a se afla pe un drum al inteligenței normale pe care însă nu reușește să se deplaseze cu viteză și siguranța congenerilor săi, cel cu deficiență mintală este silit să accepte un drum mai scurt și mai dificil pe care, în lipsa unei intervenții timpurii personalizate, nici măcar nu va izbuti să-l încheie înainte de instalarea fenomenului plafonării⁵⁹. Probele neverbale de inteligență (*culture free*) și cele calibrate la contexte socio-culturale familiare (*culture friendly*) pun în evidență potențialul intelectual nevalorificat, dar latent. Evaluarea formativă, centrată pe investigarea zonei proxime dezvoltării, este cea mai în măsură să indice direcția educativ-recuperatorie de urmat „Prin maniera formativă de a aborda instrumentele de investigație, actul psihodiagnostic se întrește, deoarece el abordează

⁵⁸ Cf. S. Lungu-Nicolae (1993, p. 16): „aceia categorie eterogenă de copii la care apar rămăneri în urmă în dezvoltarea psihică, datorate acțiunii unor factori de origine externă (privări timpurii, insuficientă stimulare senzorială și general-cognitivă, carențe afective, instituționalizări prelungite, boli trenante etc.), copii ale căror randament școlar și rezultate la unele teste de inteligență sunt similare cu cele ale debilului mintal”.

⁵⁹ Corespunzând atingerii unei vârste mintale de 8-11 ani pentru debilitatea mintală ușoară și 7-8 ani pentru cea medie (menționăm că, actualmente, conceptul de „vârstă mintală” nu mai are decât o valoare pur orientativă).

prezentul – starea actuală a subiectului – nu doar prin prisma trecutului, adică a istoriei devenirii sale, ci și în perspectiva viitorului, adică a previziunii evoluției în etapa următoare. Dar nu o evoluție spontană, întâmplătoare, ci o evoluție dirijată în și prin activitatea de învățare, spre valorificarea optimă a potențelor individuale la subiectul investigat” (Gh. Radu, 1999d, p. 80).

6. 7. PRINCIPALELE TRĂSĂTURI DE SPECIFICITATE

Deficiențele mintale, dincolo de formele clinice extrem de variate sub care se prezintă, au o serie de caracteristici comune care determină specificitatea acestui tip de handicap atât în ceea ce privește încadrarea taxonomică, cât și strategiile corectiv-recuperatorii necesare. Principalele trăsături de specificitate sunt rigiditatea, vâscozitatea genetică, heterocronia, fragilitatea conduitei verbale și fragilitatea construcției personalității.

*Rigiditatea*⁶⁰ reprezentărilor mintale, a operațiilor gândirii ori a reacțiilor emoționale, verbale sau comportamentale constituie una din cele mai evidente manifestări, căpătând, în formele extreme, conotații psihopatologice⁶¹. Fenomenul ar putea fi cauzat de alterarea echilibrului dinamic al proceselor nervoase fundamentale (excitația și inhibiția), ceea ce ar conduce la anomalii ale activității electrice normale a cortexului cerebral, ori de „opacizarea” granițelor dintre diversele arii corticale (în principal dintre cele de proiecție primară și cele de asociație). Pe de altă parte, reflectă disfuncționalități zonale sau sistemice datorate unor anomalii precum deficiențe senzoriale, insuficiențe perceptive și/sau

⁶⁰ „*Rigiditatea mintală* este o noțiune introdusă de K. Lewin (1930) [...] pentru a desemna *rezistență la schimbare* sub toate formele, incluzând ideea de fixare, perseverare. Fenomenul de rigiditate mintală conduce la *difficultăți de adaptare la situații și idei noi*. Rigiditatea mintală este prezentă la toate nivelurile sau comportamentele umane” (C. Păunescu și I. Mușu, 1997, p. 232). J. S. Kounin (1941. *Experimental Studies of Rigidity. Character and Personality*, 9, 254-282) utilizează termenul în legătură cu ipoteza compartimentării funcțiilor psihice, ceea ce ar face dificilă relaționarea diferitelor activități, obiecte sau idei (nesusținută însă de studii paralele, *apud* A. Anastasi, 1965, p. 399). *Rigiditatea*, ca trăsătură specifică a comportamentului deficienților mintal, reflectă stereotipia conduitei, incapacitatea de a reacționa adecvat la cerințele imediate ale situației, perseverarea improprie într-o anumită reacție sau activitate coroborată cu preferința pentru sarcinile rutiniere, monotone, repetitive. Rigiditatea deficienților mintal este în mod deosebit remarcată în procesul de învățare (cognitivă și socială).

⁶¹ *Psihorigiditate*: „Termen introdus de Montassut (1924) pentru a descrie trăsăturile ‘pasiunii’ paranoice: cronicitate, ireductibilitate, fixitate. Prin extensie, termenul caracterizează un tip de gândire specific, în care imaginarul și capacitatea de transpunere sunt excluse. Judecățile și raționamentele au aspect mecanicist, sunt lipsite de suplețe și flexibilitate; enunțarea de ‘principii’ ține loc de demonstrație și concluzii” (C. Gorgos, 1989, s.v.).

cognitive ale reprezentării, tulburări mnezice, distorsiuni la nivelul complexului afectiv-motivațional, patermuri acționale și comportamentale vicioase, curențe ale experienței de viață, tulburări de personalitate. Dacă, din punct de vedere simptomatologic, rigiditatea constituțională și cea cauzată de diversele disfuncționalități psihice se exprimă prin reacții relativ asemănătoare, afectarea patologică a dinamicii corticale are consecințe mult mai grave și mai stabile decât, de pildă, perseverarea într-un anumit tipar verbal sau comportamental. Din acest motiv, rigiditatea specifică deficientului mintal nu se rezumă la simple acte reiterative în sfera cogniției, comunicării sau activității, ci caracterizează întreaga viață psihică a acestuia, fiind, prin urmare, *intrinsecă* deficienței respective. La alte categorii de persoane cu dizabilități, rigiditatea conduitei cognitive și/sau acționale se poate origina nu numai într-o exacerbare a reacțiilor circulare (primare, secundare, terțiare) cu rol în păstrarea fiabilității unor deprinderi vitale (de prehensiune, de locomoție, de orientare spațio-temporală, de engramare ori de operare mintală etc.), ci și în insuficiența mijloacelor de adaptare rapidă și flexibilă datorată constrângerilor impuse de către deficiență (generalizări pripite ale materialului perceptiv la deficienții senzoriali, preferința balbicilor pentru perifraze). Fiind efect al deficienței și, în consecință, și al handicapului asociat, rigiditatea conduitei (mentale sau acționale) este extrinsecă acestora, deci, mult mai permeabilă la intervențiile de tip psihopedagogic. La deficientul mintal, *inerția oligofrenică* (sau *patologică*)⁶² se concretizează în „rigiditatea reacțiilor adaptative și comportamentale, în insuficiența adecvare a acestor reacții la schimbările permanente ce se produc în mediul înconjurător” (*apud* Gh. Radu, 2000, p. 126).

Inerția generalizată și persistentă a deficientului mintal nu are nimic în comun cu perseverările (mentale, verbale, psihomotorii etc.) ale persoanei normale, poate doar o asemănare simptomatologică superficială. Gh. Radu (1999a, p. 100) opina că „inerția patologică sau oligofrenică și vâscozitatea genetică reprezintă, de fapt, manifestări, în planuri diferite însă, ale aceluiași fenomen – rigiditatea vieții psihice, în general. În această perspectivă, am putea afirma chiar că, în fond, vâscozitatea genetică este o inerție patologică a dezvoltării, dar și că inerția patologică poate fi considerată, la rândul său o ‘vâscozitate’ a reacțiilor”.

*Vâscozitatea genetică*⁶³ (concept introdus și verificat experimental de B. Inhelder și colaboratorii săi⁶⁴) exprimă o încetinire obiectivă a derulării

⁶² Cf. A. R. Luria (1960). *Umstvenno otstalâi rebionok* [Copilul înapoiat mintal]. Moskva: Izd. A.P.N. și A. R. Luria (1963). *The Mentally Retarded Child*. Oxford: Pergamon Press. Gh. Radu (2000, p. 128) reține ideea că, „inerția patologică a acestor deficienți, adică dereglarea mobilității proceselor nervoase fundamentale, este cea care se află la originea simptomului central oligofrenic, adică la originea diminuării drastice a capacității de abstractizare-generalizare, fenomen cu consecințe majore asupra întregii vieți psihice, îndeosebi asupra eficienței intelectuale”.

⁶³ În accepția autoarei, *genetic* are sensul de „constituțional”, nu de „ereditar”.

⁶⁴ Cf. Bärbel Inhelder (1944). *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé, și edițiile augmentate urm. (1963, 1969).

proceselor psihice, fapt ce creează impresia existenței unor „mecanisme împotmolite, a unei curgeri vâscoase, ‘cleioase’ la nivelul procesului gândirii”; rezultatul este cel al scăderii performanțelor intelectuale⁶⁵. Simptomatologic, se concretizează în dificultatea deficientului mintal de a progresa de la niveluri inferioare ale operaționalității mintale, la niveluri superioare. Acest fenomen se caracterizează prin încetinirea progresivă a dezvoltării mintale concomitent cu revenirea periodică la stadii devenite caduce, deoarece se automatizează „demersuri utilizate prea mult timp și care tind să reapară chiar atunci când demersuri de nivel superior au devenit posibile” (B. Inhelder, 1963, p. 193).

În consecință, elemente specifice unui nivel anterior parazitează achiziții ce i-ar permite subiectului saltul la un nivel superior al dezvoltării sale mintale. Coexistă, astfel, într-un echilibru înșelător, două sisteme eterogene, fiecare reacționând predominant în funcție de situația-problemă cu care subiectul se confruntă la un moment dat. Se conturează un tablou discordant al vieții sale psihice, în care arii de performanță relativ mulțumitoare se învecinează cu domenii marcate de eșec. Acest lucru atrage după sine ipoteza conform căreia nu numai că viața psihică a deficientului mintal este marcată de lentoare și recul, dar și că fiecare proces psihic în parte are un trend developmental propriu, oarecum defazat în raport cu celelalte procese psihice. Fenomenul devine strident la nivelul integrator al personalității, concretizându-se într-un profil dizarmonic și decompensat (C. Păunescu, 1977, E. Verza, 1988).

R. Zazzo și colaboratorii săi (1960)⁶⁶ remarcă această dezvoltare dizarmonică a diverselor arii bio-psihologice la debilul mintal comparativ cu copilul normal. Fenomenul, denumit *heterocronie*⁶⁷, „structurează un anumit stil de dezvoltare psihică a deficientului la realizarea căruia concordă atât factori evolutivi, dar și dezorganizanți sau destructivi impuși de condiții genetice, metabolice, toxice sau traumatice care constituie principalele izvoare etiologice ale deficiențelor mintale” (Ș. Ionescu, *in* I. Radu, 1983, p. 275).

Ulterior, R. Zazzo (1969, p. 8) avea să avanseze o ipoteză explicativă conform căreia „toate heterocroniile constatate (de exemplu, diferența între ritmurile de creștere a capacității de organizare spațială și a capacității de randament psiho-motor) se explică prin heterocronia fundamentală dintre creșterea fizică și creșterea mintală, dintre dezvoltarea somatică și dezvoltarea cerebrală”⁶⁸.

⁶⁵ C. Gorgos, 1992, s.v. „vâscozitate mintală”.

⁶⁶ R. Zazzo (1960). Une recherche d'équipe sur la débilité mentale. *Enfance*, 4-5, 335-364.

⁶⁷ *Heteros* (gr.), „celălalt / cealaltă”, *cronos* (gr.), „timp”. Heterocronia nu reprezintă, în opinia lui R. Zazzo, doar viteze diferite de maturizare a proceselor psihice, ci și o structură specifică debililor mintal, deficitul de organizare intelectuală (R. Zazzo, 1969 p. 30).

⁶⁸ R. Zazzo (*ibid.*, p. 11) atribuia intuiția fenomenului heterocroniei lui Luria care, într-o scrisoare din 1955, îi comunica următoarea constatare: „Există la debil caracteristici aparținând unor niveluri genetice foarte diferite, și observarea unui debil oferă un tablou tot atât de straniu ca acela al unui oraș unde ar coexista dinozauri și ultimul model de automobile”.

Heterocronia presupune luarea în considerare atât a rigidității, cât și a vâscozității genetice, toate trei nefiind altceva decât aspecte diferite ale uneia și aceleiași entități nosologice, deficiența mintală. O anumită discrepanță între nivelurile de maturizare a diverselor procese psihice se observă și la copilul normal, însă diferența constă în caracterul adaptativ al mini-decalajelor, în sensul că dezvoltarea mai accelerată a unui sector stimulează restructurarea celor cu care se află în relație și nicidecum sabotarea lor. „Heterocronia oligofrenică”, nota Gh. Radu (2000, p. 117), „reprezintă, deci, expresia unor inegalități în ritmurile dezvoltării diferitelor componente ale profilului psihologic al fiecărui deficient mintal, manifestate pe fondul unor întârzieri globale, mai mult sau mai puțin accentuate, și situate sub valorile medii ale dezvoltării normale”.

E. Verza (1973) proba conceptul de *fragilitate a conduitei verbale*, definit ca „neputința handicapatului de a exprima logico-gramatical conținutul situațiilor semnificative, de a se menține la nivelul unui progres continuu și de a-și adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări” (*idem*, 1998, p. 25).

Caracterul precar al limbajului la deficientul mintal nu se rezumă doar la aspectele cele mai vizibile ale comunicării orale și scrise, ci interesează nivelul profund al prelucrării semantice, adică acel palier al elaborării, organizării și ierarhizării reprezentărilor verbale necesare operațiilor intelective de tip formal. Tulburările de pronunție sau de scris-citit nu sunt decât simptome ale unor dereglări mai ample, afectând utilizarea simbolurilor, memorarea și actualizarea lor, precum și adecvarea la cerințele situației de comunicare. Butada „arată-mi cum vorbești ca să-ți spun cum gândești” are deplină acoperire în cazul deficiențelor mintal. Într-un studiu mai vechi, Emil Verza (1973, p. 55) constata că „povestirile după imagini ale subiecților proveniți din școala ajutătoare se caracterizează prin aceea că sunt un fel de lectură a conținutului separat al datelor luate izolat din imagini. Neputința de a lua în considerație ansamblul imaginilor denotă incapacitatea acestor copii de a lega logic-verbal imaginile. Subiecții de la școala ajutătoare nu reușesc să redea în întregime nici conținutul care se impune planului vizual. Adeseori, ei sunt furați de un aspect fragmentar, de un detaliu. Este evidentă incapacitatea acestor subiecți de a închea o povestire coerentă”.

Distorsiunile morfosintactice și semantice sunt determinate nu numai de insuficiența procesului de abstractizare și generalizare, dar, așa cum se va vedea, și de disfuncțiile percepției, atenției, memoriei și motivației.

R. Fau *et al.* (1966)⁶⁹ au studiat implicațiile conceptului de „vâscozitate genetică” la nivelul personalității, evidențiind o structură marcată de *fragilitate* și *infantilism*, ceea ce ar explica frecvențele tulburări comportamentale. Au fost descrise două tipuri de fragilitate: disociată, exteriorizată prin duritate, impulsivitate greu de controlat, credulitate, suspiciune; respectiv mascată, caracteristică celui deficient mintal care atâta timp cât se află într-un mediu

⁶⁹ R. Fau, B. Audrey, J. Lemen și H. Dehandt (1966). *Psychotérapie des débiles mentaux*. Paris: P.U.F.

securizant reușește să se comporte aparent echilibrat, dar care odată ajuns în mediul social obișnuit se decompensează datorită dispariției vechilor patternuri instituționale (*apud* Ș. Ionescu, 1975, p. 32).

Aceste trăsături, deși evidente la deficienții mintal, pot fi observate și la alte categorii de persoane cu handicap, ceea ce oferă o bază de discuții privind *specificitatea* handicapului în raport cu normalitatea. Acum vom mai spune doar că orice plan de servicii și orice strategie corectiv-recuperatorie trebuie să țină cont de particularitățile psihosomatice ale subiecților deficienți. Așa cum trăsăturile de specificitate nu pot fi negate sau reduse la epifenomene, nici intervențiile psihopedagogice nu au cum să le omită. Deși lucrul acesta ține de domeniul evidenței, se observă frecvent că neprofesioniști altminteri bine intenționați importă sau concep programe de recuperare ignorând specificitatea handicapului ca atare. Punerea în suferință pe seama incapacităților subiectului sau a factorilor extra-terapeutici nu face în ultimă instanță decât să escamoteze erorile de pregătire ale intervenientului.

6. 8. TABLOUL SIMPTOMATOLOGIC COMPLEX AL STĂRILOR DE DEFICIENȚĂ MINTALĂ

Având în minte cele cinci trăsături de specificitate mai importante, vom încerca să descriem succint manifestările tipice ale deficienței mintale, în funcție de gravitatea acesteia: debilitate mintală (gradul ușor și cel moderat), imbecilitate (gradul sever) și idiotie (gradul profund)⁷⁰.

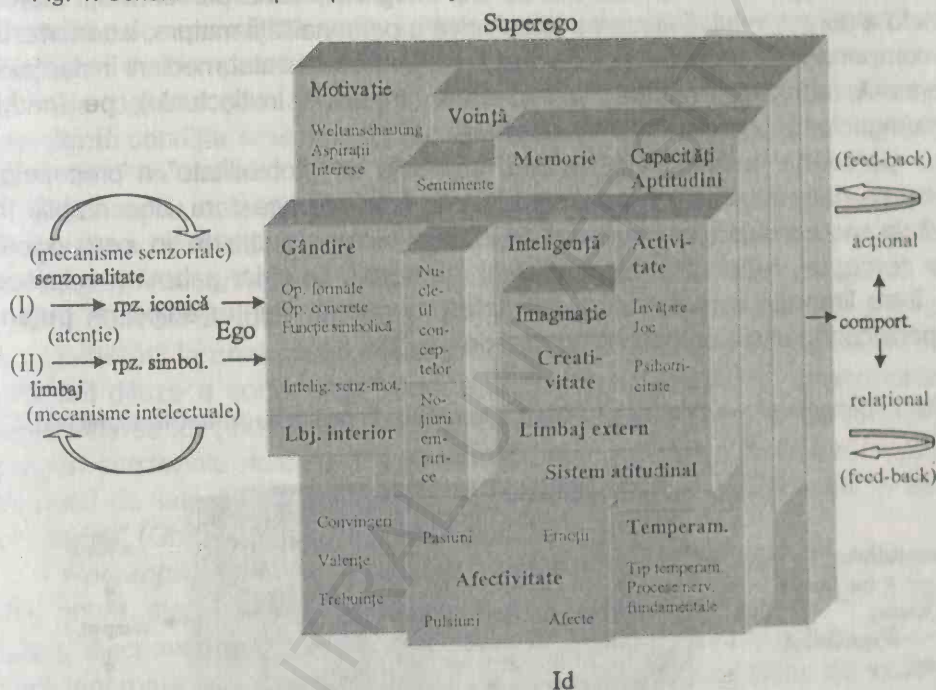
În cazul *debilității mintale*, afectarea ușoară și medie a stărilor, funcțiilor și proceselor psihice, dar și păstrarea unei capacități rezonabile de a reacționa la cerințele mediului fizic și social fac posibilă investigarea detaliată a modului în care funcționează diversele paliere ale psihismului uman, spre deosebire de autism în care, așa cum se va constata, oportunitățile exploratorii sunt extrem de limitate. Debilitatea mintală este „copilul răsfățat” al defectologiei din cel puțin două motive: primul, fiindcă reprezintă un experiment natural mult mai frecvent decât altele, având și forme de manifestare dintre cele mai diverse, și al doilea, pentru că reacțiile subiecților la investigațiile cercetătorilor pot fi destul de precis cuantificate și explicate. Dacă nu suntem încă suficient de edificați asupra etiologiei deficiențelor mintale, avem în schimb foarte multe date privind aspecte dintre cele mai interesante ale relațiilor ce se stabilesc între procesele psihice, atât pe verticală, cât și pe orizontală, în condițiile grevării acestora din urmă de tulburări (localizate sau difuze) ale dinamicii activității corticale. S-a observat, de pildă, că, pe de-o parte, dereglările cognitiv-mnezice sunt acompaniate și potențate de disfuncții psihomotorii, afective, motivaționale etc., ceea ce justifică denumirea uzuală de „deficiență mintală”, iar, pe de altă parte, că profunda intricare a

⁷⁰ Sinteza de mai jos are la bază date provenite din mai multe surse bibliografice (A. Anastasi, 1965, M. Roșca, 1967, R. Zazzo, 1969, A. M. Clarke și A. D. B. Clarke, 1974, P. Arcan și D. Ciumăgeanu, 1980, C. Păunescu și I. Mușu, 1997, E. Verza, 1998, Gh. Radu, 2000).

proceselor psihice reprezintă condiția de bază a existenței fenomenului de compensare. Din păcate, incertitudinea determinată de necunoscutele etiologice face ca numărul de variabile ce trebuie luate în considerare să devină incontrollabil și, prin aceasta, valoarea explicativă a datelor obținute să depindă excesiv de mult de o teorie sau alta. Fenomenul are cota sa de relevanță în limitarea eficienței programelor terapeutice pentru deficienții mintal.

Pentru a înțelege mai bine modul în care diversele procese și funcții psihice interacționează la debilul mintal, vom prezenta o aproximare în scop didactic a principalelor relații ce se stabilesc între acestea în cazul normalității:

Fig. 1. Schema-bloc a principalelor relații intrapsihice la persoana normală.



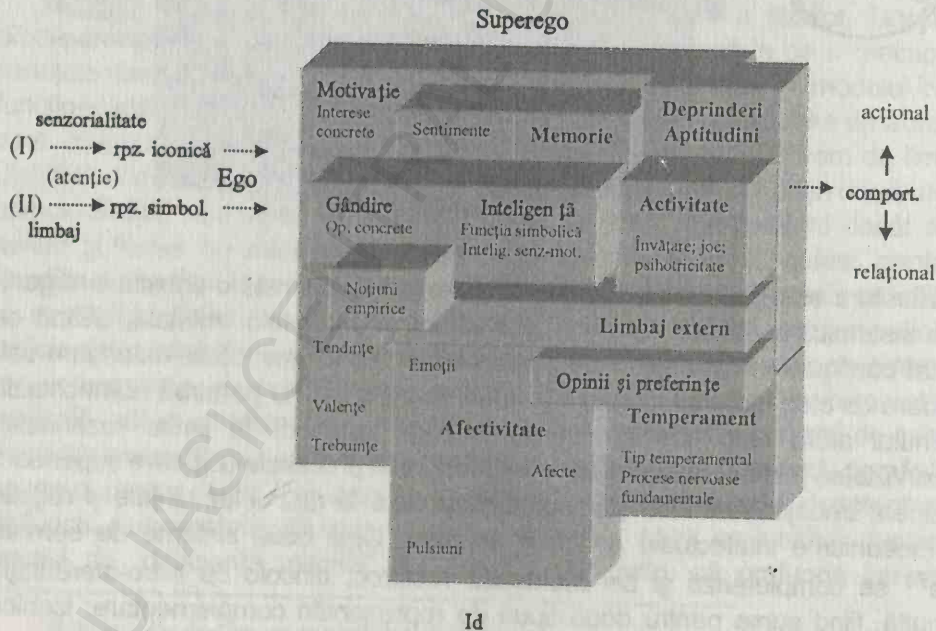
Trăsătura esențială a vieții psihice la persoanele normale o constituie organizarea sistemică a tuturor funcțiilor, activităților și proceselor mintale, având ca rezultat configurarea unui profil de personalitate fiabil. Provocările exterioare sau interioare cu care individul trebuie să se confrunte zilnic nu perturbă homeostazia sistemului atâta timp cât se mențin (statistic vorbind) în limite rezonabile. Senzorialitatea alimentează și susține informațional procesele cognitive superioare (gândirea, limbajul, memoria și imaginația) și sunt, la rândul lor, dirijate și reglate prin mecanisme intelectuale de către acestea. Cele două sisteme de semnalizare⁷¹ se completează și se orientează reciproc, dincolo de retro-aferența obișnuită, fiind surse pentru două tipuri de reprezentări complementare: iconice

⁷¹ Cf. teoria pavloviană a semnalizării.

(configurații imagistice⁷²) și simbolice (configurații semiotice). Reprezentările sunt supuse unui proces de rafinare, controlat logic și motivațional, până la stadiul de concepte, ierarhizate în funcție de gradul de abstractizare și generalizare dobândit, dar și de interesele cognitive ale individului. Spre deosebire de inteligență care este înăscută, gândirea, ax central al sistemului psihic uman, „nu este un dat, ci un produs al cunoașterii și acțiunii ce se constituie la ființa cu potențial uman numai și numai în condițiile activității sociale” (P. Popescu-Neveanu, *op. cit.*, p. 292). Limbajul deține funcția de conector superior al proceselor psihice, versatilitatea și complexitatea sa făcându-l instrumentul fundamental al dezvoltării mintale normale. Raporturile dintre cele trei mari domenii ale psihicului – cogniția, afectivitatea și motivația – sunt ponderate de Eul integrator, dând personalității marca distinctă a caracterului. Orientarea teleologică a personalității mature, exteriorizată prin comportament (acțional și relațional) reprezintă rezultatul medierii instanțelor superioară (conștiința morală) și inferioară (impulsiile instinctuale), pe fondul constrângerilor și oportunităților situaționale.

La persoana cu debilitate mintală, impresia de „flotabilitate” a proceselor psihice se datorează numeroaselor desincronizări ale acestora, observabile în activitate sau conduită, ce cauzează fie circuite disfuncționale de tip „cerc vicios” (între percepție, reprezentare, gândire și memorie), fie chiar sabotări reciproce (e.g. între limbajul verbal oral și activitatea manuală). Pentru edificare, putem compara configurația anterioară cu cea de mai jos:

Fig. 2. Schema-bloc a principalelor relații intrapsihice la persoana cu debilitate mintală.



⁷² M. Zlate (1999, p. 188) consideră drept pleonastică sintagma „image mintală”.

Pentru micul școlar cu debilitate mintală, caracterul malformat al vieții sale psihice se traduce în acele trăsături de specificitate care îl împiedică să aibă o dezvoltare mintală corespunzătoare. Chiar și atunci când încercăm o comparație empirică între nivelul său intelectual și cel al unui copil normal, simpla identitate a „vârstelor mintale” nu spune nimic despre diferențele calitative enorme dintre cei doi, diferențe care vor genera, în timp, decalaje cantitative. Este suficient să amintim lipsa vâscozității genetice și caracterul extins și receptiv al zonei proximei dezvoltări la copilul obișnuit. Înțelegem astfel de ce, de exemplu, integrarea școlară a unui copil deficient mintal numai după valoarea coeficientului de inteligență (criteriul psihometric) îi compromite din start orice șansă de succes într-un context educațional proiectat pentru alte tipuri de competențe. În plus, cunoașterea particularităților principalelor procese psihice și mai ales a modului în care acestea interacționează reprezintă condiția *sine qua non* a planificării unei intervenții psihopedagogice eficiente. Prin urmare:

- *Senzațiile* sunt diminuate (hipoestezii) sau amplificate (hiperestezii), iar pragurile se modifică. „Dacă în cazul copiilor cu deficiențe senzoriale, pe baza declanșării mecanismelor compensatorii ale organismului, pragurile senzoriale (atât cel absolut, cât și cel diferențial) scad, înregistrându-se o creștere a sensibilității în analizatorii valizi, la copiii cu deficiență mintală, ca urmare a afectării difuze a cortexului – deci a segmentului central al analizatorilor –, sensibilitatea lor (îndeosebi cea diferențială) rămâne scăzută, pe fondul unor praguri senzoriale ridicate. De asemenea, se constată frecvent o creștere a timpului de latență sau, dimpotrivă, o precipitare în reacțiile lor la stimuli senzoriali” (Gh. Radu, *op. cit.*, p. 151).

- *Percepțiile* preiau nu numai deficiențele senzațiilor, dar și pe cele, mult mai grave, ale proceselor intelectuale. Astfel, toate cele patru faze – detectarea, discriminarea, identificarea, interpretarea⁷³ – sunt afectate într-o măsură mai mare sau mai mică, în raport de factori obiectivi (timp de expunere, contrast, perturbații, grad de complexitate, experiența anterioară a subiectului etc.) sau subiectivi (interes cognitiv, dispoziție afectivă, valențe etc.). Chiar și iluziile optice sunt mai șterse la deficienții mintal comparativ cu normalii de aceeași vârstă (cronologică) datorită, pe de o parte, activismului scăzut în fața sarcinii, iar, pe de altă parte, lipsei de flexibilitate a activității cognitive ce conduce la insuficiența analiză a datelor senzoriale ce contravin reprezentărilor deja formate. Același activism scăzut în activitatea de percepție, coroborat cu insuficiența operațiilor de analiză și sinteză și cu rigiditatea reprezentărilor, explică de ce persoanele cu deficiență mintală au foarte puține

⁷³ Cf. S. Ullman (1996). *High-Level Vision: Object Recognition and Visual Cognition*. Cambridge MA: M.I.T. Press.

momente de disonanță cognitivă. În ceea ce privește stilul perceptiv, mai corect ar fi să vorbim despre patternuri exploratorii deficitare, formate și întreținute de disfuncțiile mecanismelor intelectuale care ar trebui să ghideze și să filtreze percepția. V. Preda (1987), analizând înregistrările traseelor oculomotorii în cursul explorării vizuale a figurii complexe Rey⁷⁴ de către elevi ai școlii speciale (având coeficienți de inteligență cuprinși între 55 și 70), a observat câteva patternuri oculomotorii distincte: explorare neorganizată, haotică, hiperkinetică, cu multe suprapuneri ale privirii pe anumite zone ale figurii concomitent cu tratarea superficială a altora („vagabondaj al privirii”); explorare în zig-zag urmând mediana sau axele figurii, fără fixarea elementelor principale sau a conturilor; explorare inertă, hipokinetică, limitată la o zonă centrală sau periferică de mici dimensiuni; fixare rigidă a privirii asupra anumitor sectoare sau elemente ale figurii-stimul. „La debili mental, strategiile exploratorii sunt insuficient elaborate sau inexistente în primul rând datorită deficiențelor de la nivelul gândirii, ceea ce are repercusiuni și asupra organizării și structurării spațiale, asupra activității perceptive în general, precum și asupra memoriei vizuale și a operațiilor spațiale, ‘infralogice’. În aceste condiții, și funcția perceptiv-motorie este deficitară” (V. Preda, *ibid.*, pp. 19-20).

Un fenomen aparte este cel al rotirii cu 90° a figurii prezentate, mulți debili mental având impresia că văd o casă⁷⁵. Influența setului perceptiv (*Einstellung*) prevalează asupra interpretării raționale, obiective, a datelor experienței vizuale, determinând identificări eronate și chiar absurde. Indiferența copilului debil mental față de plauzibilitatea și exactitatea interpretărilor sale constituie un indicator suplimentar al relației sale detașate, slab diferențiate și necritice cu realitatea. În opinia lui V. Preda (1992, p. 35), „deficienții de intelect sunt dublu handicapați: ei sunt deficitari în culegerea informației și în organizarea informației culese. Sistemul nervos al deficienților mental funcționează ca un sistem mai mult sau mai puțin închis”.

⁷⁴ A. Rey (1959. *Test de copier d'une figure complexe. Manuel*. Paris: Centre de psychologie appliquée) indica trei caracteristici ale figurii-stimul: absența unei semnificații evidente, ușurința reproducerii ei grafice și complexitatea suficientă a acesteia pentru a incita la o explorare perceptivă organizată.

⁷⁵ „Debili mental își întrerup de cele mai multe ori explorarea figurii complexe în momentul în care identifică în mod fals acest stimul complex cu o casă. Dereglarea explorării vizuale datorită acestei false identificări perceptive ne arată că instructajul verbal utilizat în experiment are o slabă funcție reglatoare la debili mental. Totodată, aceasta ne relevă faptul că procesul percepției vizuale trebuie privit ca un tot unitar, între fazele sale – de detectare, discriminare, identificare și interpretare – existând relații de interdependență și de influențare reciprocă. Astfel, se poate constata că o explorare insuficient de activă și de organizată are repercusiuni negative asupra detectării, discriminării și identificării elementelor stimulului complex. Dar, în același timp, o identificare și o interpretare eronată duc la o insuficientă explorare, manifestată adesea prin fixarea rigidă a privirii pe anumite fragmente ale figurii-stimul, ceea ce împiedică reproducerea grafică a acesteia” (*ibid.*, p. 29).

Pe de altă parte, C. Păunescu (1976a, p. 196) constata că „inteligenta și modalitatea de învățare au o influență hotărâtoare asupra capacității discriminatorii. Discriminările perceptuale sunt mai puțin alterate decât discriminările verbale”.

Tot el pune în evidență imposibilitatea deficientului mintal de a structura un câmp reprezentational pe bază de simboluri, ceea ce, în opinia sa, ar demonstra o foarte slabă fiabilitate a funcției semiotice și cvasi-absența limbajului interior, împiedicând apariția operaționalității formale (propoziționale). Revenind la percepție, M. Roșca (1967, pp. 73-87) rezuma o serie de cercetări ale școlii ex-sovietice de psihologie experimentală care demonstau insuficiențele operațiilor de analiză și sinteză în sarcini necesitând explorare vizuală structurată. Astfel, copiii debili mintal rețin mult mai puține detalii decât congenerii lor normali, iar lipsa de relevanță a acestora conduce aproape întotdeauna la confuzii sau curențe ale recunoașterii. Dirijarea perceptivă (prin indicații exprese ale experimentatorului) îmbunătățește masiv performanța subiectului, ceea ce ne arată foarte limpede că nu probleme de fiziologie a vederii sunt răspunzătoare de randamentul scăzut al activității solicitate. Dacă culoarea este o însușire ce se impune percepției copiilor debili mintal, forma, greutatea ori natura materialului din care este confecționat obiectul examinat sunt sesizate mai greu. În mod special, „lipsa de specificitate a percepțiilor este deosebit de pronunțată în cazul figurilor geometrice” (*ibid.*, p. 75). De regulă, elementele frapante atrag atenția și sunt reținute, lipsind o selecție coerentă a informațiilor⁷⁶. Pe de altă parte, sinteza elementelor analizate se realizează cu greutate și ineficient, conducând la o necorelare a acestora într-o structură cu sens. Îngustarea câmpului perceptiv împiedică sesizarea simultană a tuturor elementelor figurale și, deci, formarea *gestalt*-ului. Recunoașterea unor obiecte familiare necesită adesea examinări polisenzoriale (vizuale, auditive, tactile, chiar și gustative și olfactive), conducând la un timp mare destinat identificării. În general, „durata necesară analizei și sintezei în percepție este mai mare la copiii întârziați mintali decât la cei normali” (*ibid.*, p. 77). Ocazional, diverse agnozii vin să agraveze suplimentar caracterul oricum deficitar al percepției.

Reprezentarea, definită ca proces și produs secundar de sorginte perceptivă dar și intelectuală, constituie „demersul elementar și fundamental atât al memoriei, cât și (sau) al gândirii și imaginației” (P. Popescu-Neveanu, *op. cit.*, p. 617). Natura reprezentării este contradictorie, fiind exprimată în originea și extensia reprezentărilor (se originează în percept, dar atinge nivelul preconceptual), funcționalitatea lor concretă (nu sunt simple „re-reprezentări” ale realității obiective sau subiective, ci schematizări modelate intelectual, afectiv

⁷⁶ A. I. Lipkina (1953) (*apud ibid.*) descria un experiment în care, arătându-li-se unor elevi din clasa întâi a școlii speciale mulajul unei păsări și cerându-li-se să descrie ceea ce văd, aceștia au amintit doar ciocul, ochii, picioarele și accidentale aripile și coada. Când aripile au fost colorate diferit față de restul corpului, ele au fost remarcate de către toți elevii deficienți mintal.

și motivațional), locul și rolul în discursivitatea proceselor cunoașterii (*nexus* senzorio-intelectual) (cf. M. Zlate, *op. cit.*, pp. 192-193). „Paradoxul reprezentării constă în aceea că dispune de un conținut intuitiv, de tip senzorial, întemeiat pe un sistem de operativitate intelectuală, cu totul deosebit și chiar opus mecanismelor perceptive” (P. Popescu-Neveanu, *op. cit.*, p. 618).

Tranziția de la percepție la reprezentare se face etapizat, fenomen ce poate fi constatat, cu întârzierile și carențele inevitabile, și la deficienții mintal. Astfel, există pentru început imitația amânată (manifestată în absența obiectului sau evenimentului reprodus). Urmează apoi jocul simbolic, presupunând o delimitare clară a semnificantului de semnificat. Desenul (imaginea grafică) intermediază trecerea de la jocul simbolic, la imaginea mintală⁷⁷. Aceasta din urmă (în opinia lui J. Piaget și B. Inhelder, 1966, p. 47) „apare ca o imitație interiorizată”, neexistând la nivel senzorio-motor. În fine, limbajul permite o evocare verbală a obiectelor și evenimentelor, reprezentările de acest tip surclasând, la persoana normală, reprezentările de sorginte senzorială. Limbajul vehiculează un gen aparte de reprezentări, străine subiectului dar devenite inteligibile în momentul stăpânirii codului. Aceste reprezentări, elaborate cultural, nu sunt altceva decât chintesențe ale experienței umane, obiective și subiective, care sunt transmise, pe calea simțurilor, individului aflat în starea de învățare. Dacă observăm faptul că ele se servesc de stimulii senzoriali (vizual-auditivi, în general) într-un mod asemănător conversiei vocal-electrice din telefonie fixă, înțelegem, de pildă, de ce copiii deficienți mintal, care au mari dificultăți în utilizarea instrumentală a limbajului, își însușesc atât de greu și întrebuintează încă și mai greu noțiunile venite pe calea predării clasice. Orice profesor psihopedagog din școala specială știe că metodele expositive sunt neproductive în activitatea didactică cu elevii deficienți mintal, ele trebuind completate cu cele demonstrative și, în plus, susținute practic-aplicativ. „Apare clar necesitatea stimulării și exersării temeinice a cogniției primare la copiii cu deficiențe mintale, printr-un sistem coerent de educație senzorial-perceptivă, de formare, precizare și corectare a reprezentărilor, ceea ce se constituie într-unul din obiectivele centrale ale terapiei complexe la copiii respectivi, mai ales în anii preșcolarității și ai debutului școlar” (Gh. Radu, *op. cit.*, p. 161).

Altminteri, rigiditatea, incompletitudinea, unilateralitatea și carențele structurale vor caracteriza pe mai departe reprezentările copilului cu debilitate mintală. El va continua să își formeze reprezentări iconice sărace, slab diferențiate între ele și inerte din punct de vedere operațional, în timp ce acelea elaborate cultural, dacă vor avea totuși șansa engramării, vor rămâne la nivelul formulării verbale, accesibile memoriei de recunoaștere, dar inutile

⁷⁷ Ceea ce am denumit anterior prin *reprezentare iconică* (formulare pe care o preferăm datorită faptului că precizează mai exact caracterul de distilat perceptiv al acestui tip de imagine mintală).

conceptualizării interne. De altfel, în lipsa reprezentărilor simbolice, efortul de conceptualizare ar fi golit de conținut, chiar dacă am admite că un asemenea efort ar caracteriza elevul cu deficiență mintală. Însă „fuga de efort intelectual” este una din trăsăturile specifice activității sale intelectuale, ceea ce nu face decât să consolideze hiatusul dintre percepție și cogniția superioară. Reprezentările, dacă au fost totuși bine formate printr-o activitate didactică eficace, se pot activa corespunzător în algoritmi cu finalitate prestabilită. Rata impresionantă a uitării dovedește cât de puțin ancorate în sfera preocupărilor și intereselor subiectului deficient mintal sunt reprezentările simbolice⁷⁸.

• *Inteligența* urmează, în dezvoltarea ei, aceleași etape ontogenetice ca și în cazul copilului normal, dar cu o viteză redusă, cu atât mai mică cu cât afectarea mintală este mai profundă. Vâscozitatea genetică și îngustimea zonei proximei dezvoltări împiedică acumulările de cunoștințe și deprinderi în maniera specifică normalului, adică prin învățare atât formală, cât și informală, atât didactică, cât și socială, atât cognitivă, cât și afectivă. În plus, copiii deficienți mintal sunt prea puțin capabili să învețe din experiența proprie ori din cea a altora. La aceștia, ordinea dobândirii noțiunilor de conservare (a substanței, greutății, volumului) este similară copiilor normali, ei fiind, din punct de vedere al inteligenței, superiori acelorora cu deficit mintal grav prin faptul că sunt capabili să atingă nivelul grupărilor concrete⁷⁹, dar nu și pe cel al raționării formale, consecință a incompletitudinii construcției operatorii (J. Piaget, 1947; p. 133). Analizând complementaritatea conceptelor de „vâscozitate genetică” și „zonă a proximei dezvoltări”, Gh. Radu (*op. cit.*, p. 169) concluzionează că „întârzierea în dezvoltarea intelectuală, deci și a gândirii, la deficienții mintal nu reprezintă o simplă încetinire în raport cu ritmurile susținute ale aceluiași proces la copilul obișnuit. Fenomenul respectiv este, de fapt, o manifestare a tulburării complexe a dinamicii intelectuale la deficienții mintal [...], caracterizată prin numeroase inegalități și oscilații, și concretizată într-o evoluție încetinită, greoaie, inconsistentă și neterminată”.

⁷⁸ Profesorii psihopedagogi din școala specială cunosc foarte bine decalajul dintre bagajul de cunoștințe al elevului deficient mintal înainte de vacanța de vară și cel actualizat o dată cu reluarea activității școlare.

⁷⁹ „Din punct de vedere psihologic, *gruparea* constă într-o anumită formă de echilibru a operațiilor, deci a acțiunilor interiorizate și organizate în structuri de ansamblu, iar problema ce se pune este de a caracteriza acest echilibru, în același timp în raport cu diversele niveluri genetice care îl pregătesc, și în opoziție cu formele de echilibru proprii altor funcțiuni, diferite de inteligență ('structurile' perceptive sau motorii etc.). Din punct de vedere logic, *gruparea* prezintă o structură bine definită (înrudită cu aceea a *grupului*, de care însă se deosebește în câteva puncte esențiale) și exprimă o succesiune de deosebiri dihotomice: regulile sale operatorii formează, deci, tocmai această logică a totalităților, care traduce, într-o schemă axiomatică sau formală, activitatea efectivă a spiritului, la nivelul operatoriu al dezvoltării sale, adică în forma sa de echilibru final” (J. Piaget, *op. cit.*, p. 36).

M. Roșca (*op.cit.*, pp. 87-111) oferea numeroase exemple privind configurarea și funcționarea *gândirii* la debilul mintal. De exemplu, elevii din clasa întâi a școlii speciale nu reușesc să compare între ele obiectele familiare, rezumându-se la descrierea lor separată, iar, atunci când încearcă, nu remarcă corespondențele relevante. Stabilirea asemănărilor este mai dificilă decât intuirea deosebirilor. Insuficiențele analizei și sintezei împiedică atât desprinderea însușirilor minime pentru o comparație validă, cât și alte procesări ale informațiilor asimilate. Dacă, așa cum remarcă J. Piaget într-un studiu din 1935 (1969, p. 140), „inteligența este adaptare prin excelență, echilibrul dintre o asimilare continuă a lucrurilor la activitatea proprie și acomodarea acestor scheme asimilatoare la obiectele înseși”, acest echilibru pare rupt în cazul copilului cu deficiență mintală. Afirmând, treizeci de ani mai târziu (*ibid.*, p. 29), că, „la toate nivelurile, inteligența este o asimilare a datului la structuri de transformări, a structurilor de acțiuni elementare la structuri operatorii superioare și că aceste structuri constau în a organiza realul în act sau în gândire și nu în a-l copia pur și simplu”, J. Piaget sublinia importanța *raționării*, adică a detașării conștiente și voluntare a individului de primatul universului fizic și social omniprezent, dar și de propriile idiosincrazii mintale (act dificil și pentru persoana normală, maturizată pe deplin). Dacă copilul deficient mintal este, firește, departe de genul acesta de decențrare intelectuală, asta nu înseamnă nicidecum că el nu gândește, ci că o face în termeni proprii și la un nivel modest. Abstractizările și generalizările de nivel incipient sunt posibile în condițiile unui sprijin educativ adecvat. Esențial este însă ca acestea să fie legate de universul preocupărilor și intereselor copilului pentru a fi fiabile și durabile, deoarece orice activitate a inteligenței pornește de la un interes (*ibid.*, p. 141). Bineînțeles, achiziționarea termenilor în care să se fixeze rezultatele activității de gândire trebuie să preceadă actul de generalizare cerut (M. Roșca, *op. cit.*, p. 92). Din păcate, metodele și procedeele psihopedagogice nu pot decât să atenueze deficitul intelectual, nu să-l și suplinească.

Constatarea populară că deficientul mintal „nu gândește” are la bază o observație evidentă, și anume că acesta preferă frecvent să evite orice confruntare intelectuală cu situația-problemă, încercând fie soluții de tip algoritmic, ce s-au dovedit eficiente în alte cazuri, fie trecând direct la acțiune fără o minimă tentativă de reflecție asupra datelor problemei. Dacă „trăsătura esențială a gândirii logice este de a fi operatorie, adică de a prelungi acțiunea interiorizând-o” (J. Piaget, 1947, p. 34), atunci, la debilul mintal, tocmai această extensie a acțiunii în plan mintal este inoperantă. Analizând structura acesteia, P. I. Galperin (1975) distingea între o parte orientativă (constând din operații de coordonare a acțiunii atunci când subiectul nu este familiarizat cu situația-problemă iar experiența sa anterioară se dovedește insuficientă) și o parte executorie (reprezentând intervenția propriu-zisă asupra problemei, conform

scopului propus, recurgând la o strategie rezolvativă). P. I. Galperin delimitează patru caracteristici primare ale acțiunii (forma, gradul de generalizare, plenitudinea operațională, gradul de asimilare)⁸⁰, toate patru fiind afectate la deficientul mintal. Mai mult, baza orientativă a acțiunii⁸¹ se rezumă la primul tip de orientare, caracterizat printr-o insuficientă cunoaștere a notelor relevante ale situației-problemă, motiv pentru care procesul de însușire a acțiunii decurge extrem de lent și cu multe greșeli. Sarcina este abordată orbește, precipitat, fără un plan dinainte stabilit, soluția, dacă este găsită vreuna, apărând în mod întâmplător, prin încercare și eroare. Inconsecvența în gândire este un alt aspect frecvent observat, tipic mai ales pentru subiecții cu debilitate mintală exogenă. „Școlarii cu asemenea deficiență pot începe corect o activitate – de exemplu, rezolvarea unei probleme accesibile lor –, dar, la prima greșală întâmplătoare, în virtutea inerției, se pot abate de la rezolvarea corectă, alunecând pe o pistă falsă, datorită unei asemănări de procedee [cu cele] cu care au fost deprinși anterior” (Gh. Radu, *op. cit.*, p. 170).

În altă ordine de idei, incapacitatea debilului mintal de a se desprinde de datele realității imediate nu trebuie confundată cu concretismul gândirii altor categorii de deficienți, cum ar fi cazul copiilor surzi. Dacă la primii concretismul exagerat al gândirii se datorează insuficiențelor proceselor de abstractizare și generalizare, la cei din urmă lipsa reprezentărilor verbale determină întârzierea abstractizărilor de ordin superior, fără a afecta ireversibil procesualitatea gândirii⁸². În opinia lui C. Păunescu (*op. cit.*, p. 142), învățarea pe baza raționamentului inductiv, la elevii cu deficiență mintală, nu se poate desfășura „decât după forme adaptate la nivelul infralogic”. Raționamentul ipotetico-deductiv este încă și mai dificil, trecerea de la general la particular (concretizarea) devenind aproape imposibilă (*ibid.*, p. 143). Modul preferat de definire a unei noțiuni concrete constă în indicarea funcției sau a utilizării, iar cel de definire a noțiunilor abstracte, extrem de rar, face apel tot la un exemplu concret (M. Roșca, *op. cit.*, p. 93). Înțelegerea, presupunând acomodarea noilor cunoștințe și deprinderi la sistemul celor deja existente, rămâne dificilă și circumstanțială. „Copiii întârziați mintal sunt uneori incapabili să înțeleagă un

⁸⁰ *Forma*: nivelul la care se desfășoară acțiunea pe parcursul trecerii ei din plan extern (material), în plan intern (mintal); *gradul de generalizare*: măsura în care însușirile esențiale ale obiectului sunt delimitate de cele neesențiale pentru îndeplinirea acțiunii; *plenitudinea operațională*: amploarea desfășurării acțiunii; *gradul de asimilare*: nivelul rapidității și automatizării acțiunii.

⁸¹ Definită ca „o unitate cognitiv-operațională a două componente: a) ansamblul de note ale obiectului acțiunii și ale situației problematice care impune acțiunea respectivă; b) operațiile de identificare, de 'luare în seamă' a acestor note” (1975, p. 12).

⁸² Surdul nedemutizat își poate dezvolta în loc o gândire în imagini, cu un grad bun de operaționalitate formală.

text științific sau literar, enunțul unei probleme, deși dispun de informația necesară, deoarece această informație nu se actualizează pe baza contextului dat" (*ibid.*, p. 98)⁸³.

Aceste dificultăți se datorează în principal reprezentării insuficient de precise a obiectelor, evenimentelor și acțiunilor despre care este vorba în enunț. Înțelegerea slabă (cu precădere a textelor literare) este amplificată și de efectul deconcertant al elementelor subînțelese sau al deducțiilor implicite. Cauza nivelului scăzut al înțelegerii „rezidă în faptul că adeseori cunoștințele vechi nu se actualizează într-un mod suficient de generalizat și de sistematizat, ci în forma unor șabloane verbale, sub influența asociațiilor exterioare, întâmplătoare, dintre materialul nou și cel însușit anterior" (*ibid.*, p. 100).

Exagerarea reproducerii verbale a celor învățate și detașarea cunoștințelor și deprinderilor predate de interesele și experiența de viață a elevilor cu debilitate mintală nu face decât să le întărească inerția în gândire și preferința pentru rezolvări pripite, nesolicitante din punct de vedere intelectual⁸⁴. De altfel, Gh. Radu (*op. cit.*, p. 171) atrăgea atenția asupra *falsului progres* la elevii deficienți mintal, care „se concretizează în restrângerea accentuată a ariei de aplicabilitate a unor cunoștințe pe care ei le-au 'asimilat' la anumite lecții", ceea ce generează dificultăți majore sau chiar neputință în utilizarea lor din proprie inițiativă în alte situații-problemă, nefamiliare. „Incapacitatea sau dificultățile accentuate în realizarea transferului constituie un indiciu important al rigidității gândirii la copiii cu deficiență mintală" (*ibid.*).

C. Păunescu și I. Mușu (*op. cit.*, p. 227) explicau de ce examinatorul poate trage concluzii eronate dacă se rezumă la o investigație superficială a bagajului de cunoștințe și deprinderi. „Evaluarea faptului că deficientul a achiziționat o anumită noțiune este infirmată în condițiile în care acesta trebuie să opereze cu ea pentru a soluționa o problemă practică. În realitate, ne găsim în situația unui fals progres: noțiunile sunt înregistrate mecanic și pur și simplu le 'recită', fără a fi capabil de o veritabilă operare".

Caracterul lent, rigid și perseverativ al gândirii își pune amprenta pe desfășurarea tuturor celorlalte procese psihice, având ca efect dezorganizarea mecanismului delicat al personalității, până la dizarmonie și decompensare.

⁸³ Autoarea oferea și un exemplu elocvent, în care elevilor din clasa a cincea a școlii speciale li s-au dat spre rezolvare două probleme: în prima li se cerea să calculeze cât plătește un muncitor pentru chirie și lumină într-un an (știindu-se cât îl costă într-o lună), iar în a doua, cât trebuie să plătească pentru aceleași servicii în *douăsprezece luni*. Incapacitatea elevilor de a rezolva prima problemă nu s-a datorat faptului că nu știau câte luni are un an, ci că această corespondență avea pentru ei un caracter inert și, prin urmare, inoperant. Alte erori derivă din faptul că elevii reproduc corect datele enunțului, dar aleg greșit operația. Pentru ei, validitatea rezultatului final contează prea puțin: important este că s-a ajuns la un rezultat iar problema a dispărut din câmpul conștiinței.

⁸⁴ Într-un alt exemplu (*ibid.*, p. 101), elevii au rezolvat greșit o problemă care le cerea să afle cu cât sunt *mai multe* cuie scurte decât cuie lungi, deoarece, pentru ei, „mai mult” era sinonim cu operația de adunare.

• Dacă gândirea constituie axul central al sistemului psihic uman, *limbajul* reprezintă instrumentul său favorit, prin capacitatea sa unică de vehiculare a unor conținuturi cu caracter abstract atât în mediul intrapsihic, cât și în interacțiunile cu exteriorul. Vom aborda într-un alt capitol relația dintre limbaj și dezvoltarea intelectuală. Acum vom menționa succint câteva din caracteristicile acestuia la deficienții mintal, așa cum reies din diversele studii citate. Limbajul este definit ca „sistem și activitate de comunicare cu ajutorul limbii” (P. Popescu-Neveanu, *op. cit.*, p. 411), în timp ce vorbirea „este actul de utilizare individuală și concretă a limbii în cadrul procesului complex al limbajului” (*ibid.*). Prin internalizare, el devine acțiune mentală (P. I. Galperin, *op. cit.*). După L. S. Vâgotski (1934), limbajul extern este predominant discursiv, în timp ce limbajul intern este cvasi-instantaneu, predominant semantic. În concepția sa, limbajul intern poate fi considerat drept formă de existență și mecanism al gândirii, poziție preluată și de P. I. Galperin, pentru care gândirea specific umană nu poate fi decât verbală⁸⁵. Este greu de spus dacă debilizii mintal au sau nu rudimente ale limbajului intern ori care sunt condițiile în care acesta se manifestă. Absența conceptualizărilor personale de nivel ridicat și insuficiența bazei orientative a acțiunii nu oferă argumente pentru admiterea ipotezei existenței acestuia. Pentru faptul că debilul mintal este dependent de sistemul lingvistic primit din exterior, ideea sa găsește cu greu modalitățile cele mai bune de a se exprima și dezvolta. După E. Verza (1998, p. 32), „caracteristicile de concretism, rigiditate și inerție ce apar la nivelul gândirii își pun pecetea și asupra evoluției limbajului”. Dificultățile apar atât în procesul de învățare a limbajului, necesitând mai mult timp decât la copilul normal, cât și în cel de exprimare a acestuia, circa 40-50 % dintre elevii clasei întâi a școlii speciale având diverse defecte de vorbire. Limbajul rămâne încă la formele sale exterioare, oarecum detașat de experiența personală, handicapat de funcția reglatorie. Uneori sunt observate comportamente bizare, de tip ecolalic sau perseverativ-verbal, în care aspectul de „corp străin” al limbajului frappează. Vocabularul copiilor debili mintal este mult mai redus decât cel al copiilor normali de aceeași vârstă, iar decalajul dintre forma pasivă și cea activă este remarcabil. Frecvent, noțiunile abstracte sunt însușite doar ca etichete verbale, ceea ce împiedică folosirea lor adecvată. Pronumele demonstrativ „ăsta/ăla” ori termeni generici de tipul „un om” sau „un animal” înlocuiesc persoane sau ființe distincte. „Cu cât partea de vorbire este mai mult lipsită de un suport concret, cu atât utilizarea ei este mai sporadică. Din această cauză, frecvența predominantă a substantivului față de celelalte părți ale vorbirii se menține mai mult timp decât la copiii normali” (M. Roșca, *op. cit.*, pp. 116-117).

Frazele sunt mai scurte și defectuos alcătuite, cu multe dezacorduri, greșeli de topică sau omisiuni. Vorbirea copiilor debili mintal are un fals caracter de economicitate. „Atunci când, de exemplu, li se cere să

⁸⁵ Apud P. Popescu-Neveanu (*loc. cit.*).

povestească ceva, ei nu fac un efort suficient pentru a-și mobiliza și pentru a-și organiza amintirile, mulțumindu-se cu o relatare superficială. La întrebări acești copii răspund adesea monosilabic sau prin gesturi" (*ibid.*, p. 121).

Precaritatea limbajului și a comunicării este amplificată de handicapul socio-cultural și de instituționalizarea timpurie. Lipsa unor deprinderi de comunicare fiabile, în contexte sociale cât mai variate, blochează inițierea și cultivarea unor relații interpersonale de calitate, menținându-i pe copiii cu deficiență mintală într-o perpetuă stare de izolare. La deficiențele de comunicare se adaugă cele de conduită. Curiozitatea scăzută și referențialul comun extrem de limitat micșorează până la dispariție interesul pentru intercunoaștere atât la debili mintal, cât și la normali. Analizând tipologia distanțelor psihologice în comunicare, E. Verza (1990, p. 7) observa că „distanța psihologică se diminuează până la ștergerea ei totală în condițiile când comunicarea se desfășoară între handicapați și este dependentă de gravitatea deficienței, iar, dacă la comunicare participă alături de handicapați și subiecți normali, distanța psihologică se amplifică pentru aceștia din urmă și rămâne relativ neconștientizată de primii”.

Studiind dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale, D. V. Popovici ([2000], p. 85), remarca importanța educării și corectării limbajului la această categorie de subiecți, deoarece „antrenând limbajul, mai ales sub aspect semantic, în strânsă legătură cu gândirea, contribuim în final, la realizarea unor progrese în sfera personalității, realizând o mai bună adaptare a acestor indivizi la mediul de existență”.

• În afara gândirii și a limbajului, memoria contribuie esențial la conturarea acelei impresii larg răspândite, conform căreia deficientul mintal „învață greu și uită repede”. Sunt cazuri, e adevărat, foarte rare, în care se observă fenomene de tip hiperpermnezic, dar fără valoare adaptativă („idiotul savant”⁸⁶). Prin urmare, nu volumul potențial al memoriei contează sau prolificitatea ei, ci fiabilitatea operațiilor de engramare, stocare și eforare⁸⁷ a informațiilor relevante. Mai mult, stocarea semantică este net superioară celei nonsemantice, fapt care îl dezavantajează pe deficientul mintal. Înainte de a discuta specificul memoriei sale, trebuie să reamintim natura disfuncțională a reprezentării, gândirii și limbajului, responsabilă de carențele formării noțiunilor și operării cu acestea. Așa cum la persoana normală reținerea mecanică a unor

⁸⁶ „Debil mintal cu un fond deficitar global, dar care manifestă unele aptitudini excepționale: capacitatea de a efectua rapid unele calcule, de a improviza ‘pe loc’ mici compoziții muzicale și, mai frecvent, o excepțională capacitate de memorizare a cifrelor (date de naștere, numere de telefon etc.)” (C. Gorgos, 1988, s.v.). Detalii, în G. Netchine (1969). *Idioți, debili și savanți în secolul al XIX-lea*. În R. Zazzo (coord.), *Debilitățile mintale* (trad. rom.). București: E.D.P.

⁸⁷ „Encodare” (*encoding*), „stocare” (*storage*) și „recuperare” (*retrieval*), în terminologia psihologiei cognitive.

termeni științifici, algoritmi matematici sau serii numerice aleatorii este dificilă și rapid perisabilă, memorarea unui material perceptiv sau verbal nelegat de preocupările, interesele și mai ales de nivelul de înțelegere al debilului mintal devine un exercițiu obositor și neproductiv. Faptul că deficientul mintal este capabil să memoreze lucruri destul de complexe se vede în momentul în care, de pildă, el asistă la o reprezentație teatrală cu păpuși care îl incită și îl binedispune. Ulterior, verbal, dar mai cu seamă grafic și comportamental, reproduce cu relativă fidelitate ceea ce l-a impresionat. Lipsa de fidelitate atribuită memoriei debilului mintal se justifică atâta timp cât evaluăm obiectivitatea reproducerilor sale; dacă însă luăm în considerare modul particular de asimilare și organizare a imaginilor mintale, în care criteriul relevanței sau cel al ordonării logice se voalează, constatăm o anumită consecvență (chiar inerție) a informației stocate. Revenind la exemplul anterior, dacă tema reprezentației a fost povestea „Pungața cu doi bani” iar copilul a fost impresionat de creasta roșie a cocoșului sau de leitmotivul „Cucurigu, boieri mari”, acestea se vor impregna mnezic și vor fi reamintite indiferent de oportunitatea momentului. Important de reținut este că ceea ce-l interesează pe copil nu are, de cele mai multe ori, valoare practică în plan personal sau social, fiind, prin urmare, tratat de către educatori drept balast informațional. În plus, în activitatea didactică se pune un accent deosebit pe memoria logic-verbală, de tip voluntar. După M. Roșca (*op. cit.*, p. 133), se constată că „memorarea nu dobândește un caracter suficient de voluntar, că acești copii nu recurg în măsura necesară la procedeele de fixare intenționată, nu-și elaborează un plan de organizare a materialului nici în momentul fixării, nici în momentul reproducerii”.

Nu doar engramarea este labilă, dar și evocarea informației, activismul scăzut în fața sarcinii potențând lentoarea ideatiei. Copilul uită datele problemei, se pierde în detalii nesemnificative ori își găsește o altă preocupare, iar, când examinatorul insistă să i se dea răspunsul cerut, apare frecvent o reacție reflexă, constând în „pescuirea” unui cuvânt sau imagini care se află accidental în câmpul conștiinței ori în repetarea illogică a unui termen sau acțiuni precedente (mergând până la ecolalie și ecopraxie). Fidelitatea rezonabilă a memoriei mecanice poate servi întipăririi unor deprinderi elementare de viață cotidiană, cu desfășurare algoritmică. Memoria logică trebuie însă rezervată cunoștințelor necesare unei conduite adaptative în mediul ambiant (fizic și social), selectarea și organizarea informațiilor esențiale căzând în sarcina profesorului psihopedagog.

- *Imaginația* debilului mintal este cvasi-inexistentă, ea fiind mai degrabă de tip confabulatoriu. Poate apărea în stările de tip oniric, însă este vorba, în opinia noastră, doar de manifestări inconștiente de tip fantasmatic care-și caută rezolvarea simbolică. Excludem, de asemenea, *creativitatea*, deoarece, ca exponentă a maximei flexibilități și fluidități mintale, este complet incompatibilă cu lentoarea, rigiditatea, concretismul și vâscozitatea activității psihice a

debilului mintal. Întâlnim uneori manifestări pseudo-creative, fortuite, care, prin anumite exprimări neobișnuite sau spectaculoase, pot induce impresia de originalitate.

• *Motivația* la debilul mintal suferă de aceleași insuficiențe ca și restul proceselor și funcțiilor psihice. Trebuințele primare inițiază acțiuni de satisfacere imediată, adeseori în detrimentul intereselor pe termen lung (evidente pentru adultul din anturajul imediat, dar neconștientizate de către subiectul însuși). Valențele⁸⁸ sunt relativ bine conturate. Sub îndrumarea educatorului, pot fi formulate unele interese concrete, care se stabilizează doar prin repetiție și sugestionare activă (de exemplu, interesul pentru învățătură poate fi menținut treaz dacă este asociat cu anumite dorințe mai durabile ale elevului, în condițiile unei motivații intrinseci derivate din ceea ce L. Kohlberg⁸⁹ numea „moralitate a hedonismului instrumental naiv”). Totuși, motivația extrinsecă, bazată pe condiționarea reflexă, este dominantă. Trăirile afective ce o însoțesc o pot activa rapid, dar, la fel de bine, o pot și sabota, prin agitația psihomotorie generată. Motivarea pozitivă este mai eficientă decât cea negativă (punitivă), copilul fiind mai relaxat și mai receptiv la modelările educative atunci când știe că îl așteaptă o recompensă la sfârșitul activității. Centrarea interesului pe dobândirea acestei recompense este însă contraproductivă, cunoștințele și deprinderile ce s-au vrut a fi însușite fiind strict asociate cu răsplata promisă (cu alte cuvinte, ele nu sunt percepute ca folositoare prin ele însele, ci prin ceea ce mijlocesc). *Voința* necesară învățării sau punerii lor în practică este extrem de redusă ca intensitate și durată, ori lipsește cu desăvârșire. Debilul mintal trăiește în prezent, axat pe satisfacerea nevoilor actuale, incapabil de amânare pentru o perioadă prea îndelungată. Dacă este totuși convins să o facă (e.g. economisirea unei sume de bani pentru vacanța de vară), uită motivul pentru care s-a hotărât să renunțe la o plăcere imediată (cum ar fi procurarea unei jucării) și, cu prima ocazie, cedează tentației. Motivația labilă și îngustă, sugestionabilitatea crescută, lipsa de discernământ, precum și conformismul specific „moralității bunelor relații” (L. Kohlberg) îl predispun pe copilul debil mintal manipulărilor răuvoitoare ale normalilor egoiști, insensibili sau cu preocupări de tip infracțional.

⁸⁸ *Valență*: termen utilizat de Kurt Lewin pentru a denumi forța de atracție sau de respingere pe care o exercită obiectele de orice fel asupra subiectului. „Valența se modifică în raport cu dinamica satisfacerii trebuințelor, deci reprezintă semnificații timetice cu o întemeiere obiectiv-subiectivă” (P. Popescu-Neveanu, *op. cit.*, s.v.).

⁸⁹ Cf. L. Kohlberg (1984). *The Psychology of Moral Development. Essays on Moral Development*. San Francisco: Harper & Row, II.

• *Afectivitatea* deficienților mintal poate fi, de obicei, caracterizată prin epitetul de „imatură”⁹⁰. Cu cât nivelul de inteligență este mai scăzut, cu atât frecvența tulburărilor afective este mai ridicată. Trebuie să facem însă o distincție importantă: nu putem pune semnul de egalitate între ciclotimia ori exagerările emoționale ale debilului mintal și bipolaritatea psihozei maniaco-depresive ori izbucnirile pulsionale din alte afecțiuni psihiatrice. Reacțiile afective disproporționate ale debililor mintal se datorează, pe de o parte, imaturității generale a psihismului său, iar, pe de altă parte, insuficienței mecanismelor de autocontrol. Mulți deficienți mintal (mai ales cei cu sindrom Down) au o viață afectivă tumultuoasă, dar superficială. Reacțiile emoționale sunt declanșate, în general, de cauze minore, dar pe care ei le percep ca foarte importante, și se amplifică nemotivat: supărările pot degenera în crize de furie (cu distrugeri de obiecte, agresiuni și autoagresiuni), veselia se poate transforma în râs nestăpânit, cu lacrimi și contorsionări faciale și corporale. „Manifestările exterioare puternice sunt efectul capacității reduse a scoarței cerebrale de a realiza un control asupra centrilor subcorticali. Prin caracterul lor exploziv și haotic, emoțiile au deseori un efect dezorganizator asupra activității întârziatelor mintali. În plus, capacitatea redusă de a controla expresiile emoționale complică relațiile întârziatelor mintali cu cei din jur” (M. Roșca, *op. cit.*, p. 200).

Debili mintal rezonează afectiv la starea emoțională a celor din jur. Cerurile dintre părinți sau admonestările frecvente pe care le primește conduc la permanentizarea unei dispoziții afective anxioase, marcate de ostilitate, agitație, reclusiune.

Tipul *temperamental* își pune amprenta nu numai asupra activității, dar și asupra vieții sale afective. Sunt astfel și subiecți placizi, inerți emoțional, neinteresați de relații interpersonale.

Debili mintal sunt capabili de sentimente față de persoanele din anturajul apropiat sau față de unele animale, însă calitatea și stabilitatea acestora în timp rămân inferioare celor ale normalilor.

Participarea afectivă îmbunătățește randamentul activităților cognitive atâta timp cât nu se exagerează importanța acestora (*e.g.* învățarea și fixarea unor cunoștințe și deprinderi se ameliorează în condiții de joc didactic), dar le poate deregla pe cele practice. Educarea afectivității este posibilă doar în situații de relaxare și de încredere în sine și în terapeut.

⁹⁰ „Stadiu al dezvoltării afective, caracterizat prin emoții nediferențiate, instabilitate a sentimentelor, capacitate redusă de control asupra reactivității emoționale. Imaturitatea emoțională se corelează pozitiv cu imaturitatea socială, aceasta din urmă caracterizându-se printr-o slabă capacitate a individului de a se adapta (armoniza) la exigențele vieții sociale, la câmpul său relațional” (C. Gorgos, 1988, p. 429).

• M. Roșca (*ibid.*, p. 7) considera că „trăsătura comună a tuturor întârziărilor mintali constă în incapacitatea de a desfășura activitatea – în special activitățile ce implică în mare măsură operațiile de generalizare-abstractizare sau operațiile inductiv-deductive – la nivelul realizat de indivizii de aceeași etate și care au avut condiții similare de dezvoltare”.

Activitatea voluntară este afectată în toate etapele desfășurării sale. Scopurile sale sunt generate, cel mai adesea, de trebuințe primare ori interese de moment. Dacă le este impusă, curiozitatea scăzută și activismul limitat în fața sarcinii fac ca orientarea să fie superficială și, prin urmare, inutilă. Instrucțiile sunt fie ignorate, fie înțelese greșit (în special cele formulate verbal). Cu cât activitatea presupune respectarea mai multor etape, cu atât șansele ca ea să fie dusă la bun sfârșit sunt mai reduse. „Renunțarea la scopul inițial al activității are loc cu atât mai ușor cu cât întârziatul mintal întâmpină dificultăți mai mari. În aceste cazuri, în loc să facă efortul de a duce la capăt ceea ce a început, el are tendința de a înlocui activitatea cu una mai ușoară” (*ibid.*, p. 180).

Aptitudinile evoluează până la nivelul deprinderilor, dar nu se transformă în capacități (iar, în unele cazuri excepționale, se hipertrofiază monstruos, fără nici o relație funcțională cu celelalte paliere psihice). De regulă, deprinderile sunt fiabile la debilul mintal, cu condiția să nu apară cerințe de complexificare și transfer. Dacă activitățile au caracter rutinier, rectiliniu (etapele înlănțuindu-se una după alta, fără bifurcații), stabil spațio-temporal și fără necesități adaptative, ele sunt prestate corect și chiar cu conștiinciozitate. Munca dă sens nevoii de acțiune a debilului mintal și satisfacția de a se ști „în rândul lumii”. „Nu credem că greșim făcând afirmația că nici unora dintre debilii mintal nu le este străin sentimentul succesului, al trebuinței ce le stă în putință pentru a obține performanțe ridicate. În unele cazuri când comentăm realizările scăzute ale deficienților mintal, credem că este vorba mai degrabă de frica de eșec decât de o trebuință mai redusă de realizare” (I. Sima, *op. cit.*, I, p. 37).

Nereușita are efect demobilizator, mai ales dacă survine în activități încununate anterior de succes. Trăirea dezamăgirii și rectificarea nivelului de aspirații implică, înainte de toate, conștientizarea nereușitei în comparație cu posibilitățile reale și cu scopurile voluntar fixate. Debilii mintal se devalorizează frecvent în privința activităților familiare, dar se supraestimează atunci când se referă la ocupații pe care le cunosc doar după aspectele exterioare, publice (*e.g.* consideră că pot fi polițiști sau piloți de avioane). Pentru că nu este articulată într-un plan de viață cu bătaie lungă, activitatea eșuată este pur și simplu abandonată sau evitată în viitor. Mediul școlar segregaționist, în care copilul deficient mintal nu se poate compara decât cu egali, contribuie la dezvoltarea și menținerea unui sentiment nejustificat de încredere în propriile posibilități de a face față situațiilor cotidiene. Confruntarea cu adversitățile mediului extra-instituțional nu va determina, în aceste condiții, decât decompensarea brutală a unui sistem de personalitate și-așa foarte fragil. În altă

ordine de idei, spre deosebire de cel normal, copilul debil mintal este stânjenit de interferența verbalizărilor în activitățile practice⁹¹. Deoarece limbajul verbal nu atinge nivelul profund al internalizării psihice, el rămâne încă la stadiul de instrument de interrelaționare și nicidecum de organizare și codificare a ideății. Din acest motiv, limbajul extern „pentru sine” traduce cu mare greutate și incomplet intențiile acționale ale subiectului, ba, mai mult, devine el însuși activitate de executat, în detrimentul celei solicitate. De exemplu, solicitându-i să descrie ceea ce face în cursul unei ședințe de terapie ocupațională, randamentul activității sale practice se deteriorează, fiindcă atenția debilului mintal este nevoită să se comute de pe coordonarea bi-manuală, pe formularea și articularea verbală. Invers, cerându-i să-și completeze răspunsul la o lecție cu executarea unui desen sau indicarea unor elemente ilustrative de pe o planșă, coerența ambelor activități dispăre, ele sabotându-se reciproc. Prin urmare, este necesară separarea lor și respectarea unei succesiuni stricte (e.g. exprimarea verbală a intenției, efectuarea primei operații manuale, explicarea actului și anunțarea celui următor, executarea acestuia etc.). La fel, dorința cadrului didactic de a-l face să conștientizeze ceea ce vede destructurează un pattem al explorării vizuale oricum deficitar. Construirea unuia mai eficient trebuie să aibă în vedere și dozarea atentă a indicațiilor verbale.

• Dezvoltarea *motorie* și *psihomotorie* nu face excepție de la trendul developmental general, chiar dacă deprinderile motrice se formează mai ușor decât cele intelectuale. Cu cât nivelul retardului mintal este mai pronunțat, cu atât și performanțele motorii și psihomotorii sunt mai rudimentare. Remarcăm faptul că, dacă la debili mintal endogeni profilul personalității este relativ ponderat, la cei exogeni se pot manifesta discrepanțe frapante între performanțele intelectuale și cele motorii. De regulă, profilul personalității acestora are neregularități marcante, cu efect decompensator puternic. Mai mult, între acțiunea externă (materială) și cea internă (mentală) apare un cerc vicios, care le debilitază pe amândouă. Reflectând asupra rolului psihomotricității în

⁹¹ Într-un studiu clasic privind disocierea dintre vorbire și comportamentul motor, A. R. Luria (1961. *The Role of Speech in the Regulation of Normal and Abnormal Behaviour*. Oxford: Pergamon Press) a constatat că, îndată după dobândirea capacității de operare cu sistemul lingvistic obiectiv, subiecții (frați gemeni) au devenit capabili să-și formuleze verbal scopurile activității lor ludice, reușind ca, în circa trei luni, să creeze jocuri cu sens. Într-o cercetare anterioară, A.R. Luria și F. I. Yudovich (1959. *Speech and Development of Mental Processes in the Child*. London: Staples Press) urmăriseră alți doi gemeni care, la vârsta de cinci ani, nu comunicau decât între ei, folosind un vocabular rudimentar și monoton. Aceștia aveau doar o înțelegere limitată a limbajului și nu manifestau nici un interes pentru istorisirea de povești. Jocul în tandem era stereotip, primitiv, limitat la senzorio-motricitate. Exclamațiile erau pur circumstanțiale („*locked in activity*”, în exprimarea autorilor) și nu serveau vreunor scopuri ludice sau ajustării acțiunilor. Separarea copiilor și plasarea fiecăruia dintre ei într-un colectiv de preșcolari a condus la o îmbunătățire rapidă a activităților ludice, concomitent cu apariția preocupărilor privind elaborarea unui plan de joc.

dezvoltarea inteligenței, S. Lungu-Nicolae (1994, p. 165) opina că „insuficiențele psihomotorii stau la baza deficiențelor intelectuale de care copilul face dovadă. Acest fapt este posibil pentru că experiența cu obiectele presupune mînuirea senzorio-motrică a corpurilor solide. Or, deficiențele psihomotorice ale copilului prejudiciază experiența lui concretă, ceea ce se resimte negativ la toate palierele intelectuale”⁹².

Comentariul trebuie înțeles în contextul sistemului complex de aferențe și eferențe care ghidează activitatea manuală și care, la copilul normal, adaptează continuu și eficient conduita psihomotrică la necesitățile cognitive ale subiectului. Revenind la particularitățile motricității, se constată că viteza și precizia mișcărilor sunt scăzute, cu ecou negativ asupra dexterității manuale. Sindromul hiperkinetic (manifestat prin agitație psihomotorie, instabilitate a atenției, iritabilitate pronunțată) agravează tabloul simptomatologic.

• *Atenția*, ca funcție psihică de „activare, tonificare, mobilizare, orientare selectivă și concentrare focalizată a proceselor psihocomportamentale în vederea unei optime și facile reflectări sau/și a unei intervenții eficiente”⁹³, este extrem de vulnerabilă la deficientul mintal. C. Păunescu (1976a, pp. 134-138) observa faptul că organizarea operațională a atenției este afectată, pe de o parte, de capacitatea sistemului de filtrare a informațiilor, iar, pe de altă parte, de complexul afectiv-motivațional. La debilul mintal, atenția este diminuată (comparativ cu copilul normal), ușor de distras, fixată rigid asupra unor elemente frapante dar puțin relevante (generând acea impresie de imobilitate, de „privire în gol”) ori extrem de fluidă, deficitară atât din punct de vedere cantitativ, cât și calitativ. Fiind foarte influențabilă de dispoziția afectivă sau de interesele de moment, ea poate fi îmbunătățită dacă se creează cadrul emoțional și motivațional propice unei activități educaționale date (e.g. apelând la jocul didactic). Atenția involuntară este mult mai ușor de captat și de menținut, însă numai prin cea voluntară se poate face o însușire conștientă de cunoștințe și deprinderi. Din păcate, ea are dezavantajul unui randament inferior, generat de fatigabilitatea psihică accentuată a deficienților mintal, dar și de toate celelalte insuficiențe perceptive și intelective. „Drept consecință, în activitatea școlară cu acești handicapați, prioritate trebuie acordată condițiilor care înlesnesc atenția spontană, involuntară, pentru ca, treptat – o dată cu dezvoltarea capacității de reglaj verbal – să se încerce și utilizarea mai frecventă și mai extinsă a procedeeleor de memorare intenționată, voluntară” (Gh. Radu, *op. cit.*, p. 187).

⁹² După J. Piaget și B. Inhelder (*op. cit.*, p. 14), inteligența senzorio-motorie „organizează realul, construind prin însăși funcționarea ei marile categorii ale acțiunii, care sunt schemele obiectului permanent, ale spațiului, timpului și ale cauzalității (substructuri ale viitoarelor noțiuni corespunzătoare)”.

⁹³ P. Popescu-Neveanu (*op. cit.*, s.v.).

Ne-am referit până acum *in extenso* la procesualitatea psihică a debilului mintal, datorită în special implicațiilor educaționale și socio-profesionale inerente. Necesitatea unei cunoașteri aprofundate a modului propriu debilului mintal de a percepe, înțelege și acționa va deveni presantă o dată cu implementarea unor modele reale de integrare și normalizare.

În cazul *deficienței mintale severe* (imbecilitatea), carențele de structurare și organizare a sistemului psihic sunt mult mai accentuate decât în debilitatea mintală, având ca efect lipsa de coalescență a proceselor, funcțiilor și activităților psihice. Pentru A. M. Clarke și A. D. B. Clarke (1974b, p. 241), „cele mai importante deficite generale în subnormalitatea severă sunt, în primul rând, o inabilitate severă de a învăța în mod spontan din experiența de viață cotidiană care include contacte sociale cu părinții, congenerii și membrii comunității în întregul ei; în al doilea rând, un deficit sever de limbaj; și, în al treilea rând, o lentoare considerabilă în învățare”.

Cu alte cuvinte, dacă sunt doar „expuși” la situații sociale și educaționale normale, copiii cu deficiență mintală severă sunt incapabili să învețe. Ei au, în schimb, resurse pentru a răspunde pozitiv unui demers corectiv-recuperator bine structurat, bazat pe stimulare și activare. Limbajul lor rămâne infantil, limitat ca vocabular și profund afectat sub aspectul pronunției (dislalia polimorfă făcându-l aproape neinteligibil). Psihomotricitatea necesară atât articulării fonemelor, cât și manualității este deosebit de precară, împiedicând coordonarea oculomanuală fină cerută în activitățile grafice. Desenele copiilor cu deficiență mintală severă au, pe lângă nenumărate iregularități de formă datorate insuficiențelor psihomotorii, și un conținut sărac, lacunar, inexpressiv, mărturie a dereglărilor profunde de la nivel senzorio-perceptiv și intelectual. Operațiile fundamentale de analiză și sinteză sunt nedezvoltate, cu consecințe grave în planul formării reprezentărilor, elaborării conceptelor și soluționării situațiilor-problemă. Gândirea lor (sau ceea ce ar trebui să fie „gândire”) este extrem de rigidă, funcționând după o algoritmică elementară reiterativă. Cunoștințele sunt parțial asimilabile, iar modalitatea în care acest lucru se desfășoară este nesistematică și lacunară. Memorarea mecanică și fragmentară, combinată cu uitarea rapidă și masivă a celor deja întipărite, nu face decât amplifice degradingolada mintală. În activitate, respectarea ritualică a succesiunii operațiilor deja însușite are un caracter aproape compulsiv. „Activitățile în care sunt încadrați imbecilii trebuie să aibă un caracter de rutină, cu variații minime, să nu ceară inițiativă personală sau anticipări pe plan mintal” (M. Roșca, *op. cit.*, p. 227).

În general, mișcărilor lor sunt lipsite de precizie și coordonare (cu excepția acelor cazuri excepționale în care apare o hipertrofiere a aptitudinilor și/sau memoriei). Atenția are caracter involuntar și este foarte redusă nu numai ca volum, dar și ca durată. Se pare că nici senzorialitatea nu poate eluda carențele generale ale psihismului deficienților mintal sever, astfel că pragurile absolute minimale sunt ridicate, iar cele diferențiale încă și mai mult.

Afectivitatea se caracterizează prin labilitate extremă și lipsă de control, rămânând frecvent la acel nivel primitiv de autocentrare pe care J. M. Baldwin îl denumea „adualism”⁹⁴. Exploziile afective sunt determinate predominant de pulsuni și de contrarierea trebuințelor primare. Comportamentul preia toate notele defectuoase ale procesualității psihice, remarcându-se prin „stări de excitabilitate, impulsivitate, instabilitate, aspecte care fac dificilă menținerea acestor subiecți în familie” (C. Gorgos, 1988, p. 429). După H. C. Gunzburg (1974, p. 359), „obiectivele educaționale se referă în primul rând la reducerea nivelului de asistență cerută în sfera autonomiei personale și la încurajarea copilului de a reacționa la mediu”.

Acești subiecți nu vor dobândi niciodată acel grad de conștientizare și independență indispensabil unei existențe pe cont propriu. Din acest motiv, ei fie vor rămâne internați în centre specializate, fie vor trebui permanent supravegheați la domiciliu sau la potențialul loc de muncă (unde li se pot încredința anumite activități simple, necalificate).

În fine, în *deficiența mintală profundă* (idiotia), inconsistența vieții psihice este atât de mare, încât în anumite cazuri se poate ajunge la stări areactive, de tip vegetativ. Limbajul lipsește ca instrument de comunicare, fiind remarcate totuși anumite exclamații ori fragmente de cuvinte fără valoare. Cognația este absentă, apărând uneori un „licăr” de interes pe fondul unei atenții involuntare extrem de scurte. Pragurile senzoriale sunt profund afectate, cu reduceri majore ale sensibilității algice, vizuale sau auditive. Motricitatea este foarte precară, mulți manifestând dificultăți extreme sau chiar incapacități în locomoție și manualitate. În formele vegetative lipsește până și controlul deglutiției ori cel sfincterian. La cei cu condiție mai bine păstrată se pot forma unele deprinderi elementare de autoservire (hrănire, îmbrăcare) sau doar simple acte motorii stereotipe. Afectivitatea este dominată de pulsuni. „Instinctele sunt exagerate (bulimie, masturbare) sau pervertite (coprofagie)” (C. Gorgos, *ibid.*, p. 409). Efortul educațional are în vedere, pe de o parte, controlul sfincterian (prin impunerea unui orar de hrănire și eliminare imuabil), iar, pe de altă parte, dobândirea maximului posibil de autonomie personală (cu precădere în sfera locomoției și în cea a manualității).

Cât privește aspectul somatic, deficiențele organice sunt cu atât mai extinse și mai grave cu cât deficiența mintală este mai accentuată. De asemenea, există mari diferențe fizice între subiecții cu debilitate mintală exogenă și cei cu debilitate mintală endogenă, mai ales dacă etiologia răspunzătoare este de tip traumatic. Diverse studii (*cf.* A. Anastasi, *op. cit.*, p. 393 *sqq*) evidențiau niveluri inferioare ale dezvoltării somato-staturale comparativ cu cele atinse de copiii normali de aceeași vârstă, precum și o vulnerabilitate crescută la îmbolnăviri.

⁹⁴ Concept care definește afectele proprii stadiilor incipiente în dezvoltarea mintală, „în care nu există încă [...] nici un fel de conștiință de sine, adică nici o graniță între lumea interioară (sau trăită) și ansamblul realităților exterioare” (J. Piaget și B. Inhelder, *op. cit.*, p. 21).

Durata de viață pare a fi, în general, invers proporțională cu gravitatea deficienței, dar depinde decisiv de etiologie, de succesul intervențiilor medicale timpurii și de calitatea mediului în care subiectul trăiește (alimentație corespunzătoare, confort termic, protecție contra noxelor etc.). Oligofreniile de tip ereditar au, cu câteva excepții, prognostic sumbru, moartea survenind în primul ciclu al vieții. Cele mai grave deficiențe fizice sunt observabile la copiii imbecili și idioți (malformații somatice și/sau osoase, hipoplazii, disendocrinii, tulburări ale senzorialității și motricității).

6. 9. IMAGINE DE SINE ȘI COMPORTAMENT LA PERSOANELE CU DEFICIENȚĂ MINTALĂ

Structura și dinamica imaginii de sine la deficienții mintal a făcut obiectul unor studii atente în S.U.A. și în țările Europei Occidentale atunci când s-a pus problema integrării școlare și socio-profesionale a acestor persoane, ca urmare a implementării principiului șanselor egale și a promovării accesului nediscriminatoriu la serviciile și structurile destinate tuturor membrilor comunității. La noi, din păcate, acțiunea de integrare școlară a copiilor cu deficiențe⁹⁵ a debutat fără o suficientă evaluare a impactului pe care o astfel de măsură îl va genera într-un mediu instituțional nepregătit și reticent la schimbare, fapt care ar putea compromite șansele de succes ale acestui demers⁹⁶. În principiu, o etapă de pre-integrare ar trebui să ia în considerare, pe de-o parte, formarea deprinderilor sociale minime pentru păstrarea unui climat școlar favorabil activităților didactice și în prezența elevilor cu debilitate mintală, iar, pe de altă parte, inițierea unor acțiuni de intercunoaștere care să permită atenuarea diferențelor de percepție socială inerente⁹⁷. De asemenea, consilierea cadrelor didactice și a părinților copiilor normali în condițiile existenței consilierului școlar și a profesorului de sprijin reprezintă un alt factor indispensabil creșterii șanselor de succes ale integrării. Înainte de orice activitate didactică concretă, se impune educarea percepției de sine și a

⁹⁵ *Integrarea și reabilitarea în/prin comunitate a copiilor cu deficiențe. Program național de generalizare a acțiunilor de modernizare a învățământului special.* Document oficializat prin OMEN nr. 3634/2000; *Metodologia de organizare și funcționare a serviciilor educaționale pentru copii/elevi deficienți integrați în școala publică prin cadre didactice itinerante și de sprijin.* Document oficializat prin OMEC nr. 4653/2001.

⁹⁶ „Analiza de situație privind acțiunea de integrare școlară a copiilor cu deficiențe” (întreprinsă în perioada octombrie 2001-decembrie 2002 și concretizată într-un Raport național) a sesizat (pe lângă elemente pozitive) o serie de aspecte negative întâlnite în unitățile din teritoriu implicate, referitoare în principal la deficiențe de natură logistică, dar și la lipsa de pregătire a cadrelor didactice și efecivelor școlare în vederea integrării.

⁹⁷ Semnalăm studiul recent al Roxanei Urea-Fugărețu (2002. *Imaginea de sine și percepția socială la debili mintali. Abordări teoretice.* Rm. Vâlcea: Ed. Almarom, I).

conduitei copilului debil mintal. Dacă el nu va avea o imagine corectă despre capacitățile sale și va altera atmosfera grupului școlar printr-o comportare inadecvată, nimeni nu va avea de beneficiat de pe urma integrării. Din acest motiv, vom acorda atenție în continuare specificului imaginii de sine și comportamentului în condițiile debilității mintale.

Așa cum am văzut în capitolul anterior, patru axe sunt implicate în formarea imaginii de sine: axa cognitiv-acțională, axa afectiv-motivațională, axa comportamental-relațională și axa moral-valorică. Dacă la copil ea se constituie „dinafară către înăuntru” și se datorează în mod covârșitor atitudinilor adulților și congenerilor față de comportamentul și performanțele școlare și sociale ale elevului, la puber și adolescent procesul se inversează, „dinăuntru către afară”. La deficienții mintal, toate axele se dezvoltă insuficient și defectuos pentru a fi atins nivelul elaborării personale a imaginii de sine. Din acest motiv, maniera în care cadrele didactice, părinții și ceilalți membri ai familiei reacționează la felul de a fi al copilului cu deficiență mintală conduce în timp la conturarea și stabilizarea (rigidă) a unei anume imagini de sine. R. Perron (1969b, p. 410) identifica două tendințe ale confruntării părinților cu deficiența propriului copil: fie își impută retardarea mintală a copilului (mama fiind, de regulă, cea „vinovată”), fie socotesc propria conduită drept reacție la manifestările acesteia. „Este probabil că părinții care-și axează toate atitudinile și conduitele lor pe handicapul copilului îl ‘învață’ pe acesta să se privească și să se definească ca handicapat”.

Cadrele didactice nefamiliarizate cu specificul debilității mintale (și ne referim cu precădere la cele din învățământul de masă) fie devalorizează elevul integrat și îl plasează în categoria sarcinilor obligatorii, fie îl tratează cu îngăduință dar nu și diferențiat, în concordanță cu potențialul său de învățare și conduită. Dacă atitudinile critice și represive, motivate de nevoia controlării stricte a comportamentului copilului, îi induc acestuia teamă și lipsă de inițiativă (conducând în timp la stări de dependență exagerată de adult, izolare relațională, ostilitate și anxietate), nici cele de supraestimare și hipertoleranță nu sunt indicate, laudele nejustificate și nesancționarea unor manifestări inadecvate având ca efect, în timp, o hipertrofiere a eului. Menținerea elevului într-un mediu instituțional segregat nu va face decât să întărească o imagine de sine ce va contrazice flagrant capacitățile reale ale acestuia. Pe de altă parte, plasarea neasistată a deficientului mintal într-un colectiv de copii normali va afecta negativ atât modul în care el se va auto-percepe, cât și modul în care îi va percepe pe ceilalți colegi.

R. Perron formula următoarele interogații pentru a descrie într-o manieră satisfăcătoare specificul imaginii de sine la deficienții mintal: 1) cum este privit și tratat de anturaj copilul deficient și care sunt statutul și rolurile sale?; 2) în ce măsură situația de handicapat influențează cursul dezvoltării sale?; 3) se exprimă reușita și eșecul prin modalități particulare?; și 4) conduc toate acestea la o reprezentare de sine diferită de aceea a subiectului normal, cu

repercusiuni asupra procesului de adaptare generală? (*ibid.*, pp. 408-409). Rezultatele diferitelor studii convergeau către concluzia disfuncționalității imaginii de sine la deficientul mintal, accentuând fie starea de inferioritate și devalorizare, fie starea de superioritate și supraestimare. Copilului debil mintal îi lipsește sau este foarte redus simțul critic, capacitatea de auto-examinare obiectivă în raport cu regulile și valorile sociale, precum și cu interesele proprii. Autoaprecierile nu au la bază criterii esențiale cum ar fi nivelul de inteligență sau capacitatea de adaptare socială, ci repere grosiere, direct măsurabile și comparabile, cum ar fi forța musculară, productivitatea în activitățile de atelier sau notele școlare obținute. Ierarhizările făcute de profesor îi impun elevului deficient mintal clasificări pe care el nu le pune la îndoială. Nevoia de a fi acceptat și valorizat pozitiv de ceilalți elevi normali generează adeseori comportamente deplasate, exagerate, ce trezesc amuzamentul grupului. Văzându-se astfel pus în centrul atenției, copilul își va întări și amplifica conduita deviantă, iar intervenția punitivă a cadrului didactic nu va face decât să-i sporească impresia de popularitate în rândul colegilor săi. Prelungirea disputei cu elevul deficient mintal în prezența colectivului clasei naște precedentul polarizării relației, ceea ce duce rapid la agravarea și menținerea tulburărilor comportamentale prin inducerea unei false senzații de aprobare colectivă. Știindu-se ignorat și respins de către colegi în marea majoritate a situațiilor datorită abilităților sale reduse de a fi un bun școlar ori un bun partener de joacă, copilul deficient mintal dobândește 'convingerea' că doar prin excentricitățile sale comportamentale va deveni interesant pentru ceilalți, motiv pentru care va persevera într-un astfel de pattern relațional dezadaptativ. Dar iată cum evoluează axele cardinale ale imaginii de sine la copilul debil mintal de vârstă școlară mică:

- *Axa cognitiv-acțională* este marcată atât de un interes scăzut pentru cunoașterea reală a celuilalt, cât și de perceperea lacunară și superficială a caracterului și intențiilor acestuia. Dacă, de pildă, copilul cu debilitate mintală ușoară își poate da seama, în anumite situații, când i se pregătește o farsă sau 'se râde de el', cel cu un grad mai accentuat de deficiență mintală este incapabil a discerne intenții ascunse sau implicații mai subtile ale unor anumite reacții sau sugestii. Percepția de sine depinde consistent de dispoziția afectivă și de opiniile celor din jur. Labilitatea emoțională crescută, pe fondul unei motivații puerile și fluctuante, determină treceri rapide de la confort psihologic și încredere în sine, la anxietate și dezavuare personală. În ceea ce-i privește pe ceilalți, copilul debil mintal are tendința de a recurge la un pattern acțional inflexibil, centrat fie pe interacțiune dezinhibată, fie pe retractilitate xenofobă. În timp, datorită contactelor permanente, se dezvoltă atitudini diferite, relativ adaptate personalităților celor din anturaj, unii adulți, de pildă, fiind agreeți, alții fiind tratați cu suspiciune și chiar cu ostilitate.

- *Axa afectiv-motivațională* este dominată de labilitatea mare a emoțiilor, dar și a trebuințelor. Satisfacția unei imagini de sine pozitive și inițiativa în urmărirea unor interese imediate sunt rapid erodate și transformate în contrarii de îndată ce sunt apostrofați sau se confruntă cu obstacole semnificative. De asemenea, dispoziția afectivă a grupului sau motivațiile acestuia 'contaminează' starea prezentă a copilului cu debilitate mentală.
- *Axa comportamental-relațională* este foarte sensibilă la parametrii ambianței. Copilul își formează anumite patternuri de conduită și interacțiune în urma relației durabile și constante cu adulți sau congeneri semnificativi, patternuri pe care tinde să le transfere necritic și în relațiile cu alte persoane. Se remarcă îndeosebi rigiditatea formulelor de adresare și preocuparea scăzută pentru adaptarea manierei de relaționare la vârsta și poziția socială a interlocutorului (e.g. folosirea pron. pers. 'tu' atât în discuțiile cu colegii de clasă, cât și cu profesorul sau directorul școlii). În plus, aceste patternuri depind de contextul în care au fost elaborate; plasarea copilului deficient mental în alte contexte ambientale sau sociale generează frecvent dezorientare și anxietate, având drept consecință și denaturarea manierei favorite de comportare și relaționare.
- *Axa moral-valorică* rămâne la nivelul piagetian al heteronomiei, din care derivă așa-numitul 'realism moral'⁹⁸, caracterizat prin dependență imuabilă de norme și valori impuse din exterior. Cenzura supraeului este însă ușor coruptibilă de tentații concrete care pretind satisfaceri imediate, ceea ce, în absența supravegherii adultului, se și petrece foarte rapid, fără trăirea momentană a vinovăției. Sentimentul de culpabilitate și tentativa de escamotare a adevărului apar abia atunci când adultul încearcă să-i reamintească copilului regulile și, în acest fel, să-i conștientizeze implicațiile faptei comise. Totuși, mai ales când gradul de discernământ este profund afectat, deficientul mental tinde să asocieze regula persoanei părintelui sau educatorului și, deci, s-o eludeze în timpul absenței fizice a acestora.

În ceea ce privește comportamentul, acesta este în strânsă legătură cu gradul de elaborare a imaginii de sine și cu nivelul funcțional al celorlalte procese psihice superioare. Debilul mental este capabil să-și însușească seturi de deprinderi sociale acceptabile, însă acestea sunt extrem de vulnerabile la fluctuațiile contextului ambiental și social ori la tentațiile momentane. În lipsa

⁹⁸ „Din punctul de vedere al judecății morale, heteronomia conduce la o structură destul de sistematică, preoperatorie din două puncte de vedere: al mecanismelor cognitive relaționale și al proceselor de socializare. Acesta este realismul moral, după care obligațiile și valorile sunt determinate de lege sau de consemn în sine, independent de contextul intențiilor și relațiilor” (J. Piaget și B. Inhelder, *op. cit.*, p. 105).

unei supravegheri continue și a unei reglări (verbale sau acționale) din exterior, deprinderile tind să fie performate defectuos, cu ignorarea cerințelor adaptative ale situației. Obligația formării unor deprinderi sociale viabile reprezintă una din condițiile integrării cu succes a copiilor cu debilitate mintală în școala de masă, știut fiind faptul că nu nivelul dezvoltării intelectuale este cel care deranjează cel mai mult, ci incompetența socială marcantă. De altfel, prezența elevilor cu deficiență mintală în școlile obișnuite se justifică nu prin conținutul celor învățate prin activitatea didactică curentă, ci prin însușirea acelor deprinderi de interrelaționare și de controlare a conduitei care să înlesnească acceptarea lor ulterioară, socială și profesională, o dată cu terminarea perioadei școlare. Iată de ce o disciplină precum managementul expresiei și conduitei în stările de handicap pune mare accent pe un astfel de *social skills training*, indiferent dacă este vorba de persoane cu deficiență mintală sau cu alte tipuri de dizabilități. În definitiv, cunoștințele teoretice aparținând uneia sau alteia dintre disciplinele școlare rămân exterioare și inoperante, mai important fiind pentru copilul cu debilitate mintală să-și însușească un comportament civilizat și să aibă deprinderi minim funcționale de scris-citit, calcul aritmetic și comunicare verbal-orală.

6. 10. OBIECTIVE ALE RECUPERĂRII PERSOANELOR CU DEFICIENȚĂ MINTALĂ

În 1963, într-un mesaj dedicat problematicii bolilor psihice și retardării mintale, președintele de atunci al Statelor Unite ale Americii, John F. Kennedy, sublinia urgența unei noi abordări care să ia în discuție și rolul factorilor de mediu (economic și cultural) răspunzători de dezvoltarea mintală necorespunzătoare a copiilor defavorizați⁹⁹. Au apărut astfel, în Statele Unite, condiții propice pentru gândirea și punerea în practică a unor programe care să depășească simpla instituționalizare a celor cu retard mintal. Direcțiile de acțiune au fost două: intervenții educaționale menite să formeze și să îmbunătățească deprinderile de autonomie personală și socială, și, respectiv, preocupări privind integrarea socio-profesională a acestor persoane după terminarea școlarizării. Ulterior, o dată cu dezvoltarea concepțiilor referitoare la integrare și normalizare, atitudinile s-au modificat în sensul unei atenuări a distincției dintre dizabilitate și normalitate, ajungându-se în prezent chiar la

⁹⁹ „Studiile au demonstrat că un mare număr de copii din mahalalele urbane și rurale, incluzându-i și pe preșcolari, sunt privați de stimulul necesar unei dezvoltări corespunzătoare a inteligenței lor. Chiar și atunci când nu există o deficiență organică, neglijarea prelungită și lipsa stimulării și a oportunității de a învăța poate cauza eșecul în dezvoltare al tinerelor minți. [...] Degradarea autoîntreținută a capacității intelectuale nu mai trebuie îngăduită să continue” (J. F. Kennedy, 1963, p. 286).

cerința eliminării conceptului de 'handicap' din taxonomia medicală și educațională și la înlocuirea conceptului de 'integrare' cu cel de 'incluziune'¹⁰⁰. Prin urmare, obiectivele recuperării în cazul persoanelor cu deficiență mintală sunt următoarele:

- atingerea unui nivel satisfăcător al autonomiei personale și sociale care să permită ceea ce Zazzo denumea metaforic ca fiind „pierderea” deficienților mintal printre cei normali (adică atenuarea până la inobservabil a inabilităților de acțiune și relaționare socială);
- formarea unor deprinderi funcționale de comunicare verbală (orală și scrisă);
- formarea unor deprinderi funcționale de autocontrol comportamental;
- însușirea unor cunoștințe și deprinderi minim necesare prestării unei activități salarizate;
- definirea unei imagini de sine corecte, concomitent cu formularea unor interese realiste, ce iau în considerare atât potențialul cât și limitele propriilor abilități;
- consolidarea unei personalități coerente, stabile și rezistente la destabilizările factorilor externi (ambientali, sociali) sau interni (pulsionali).

Firește, nu toate aceste obiective pot fi atinse în cazul deficienței mintale, dar, la persoanele cu debilitate mintală ușoară ele sunt accesibile în mare măsură. Ideea de bază este aceea că nu deficientul trebuie subordonat obiectivelor, ci acestea din urmă trebuie adaptate la posibilitățile lui reale și la contextul de viață cotidiană în care urmează să se integreze. Recuperarea se face prin învățare, psihoterapie și terapie ocupațională (adăugând ergoterapie activități specifice de ludoterapie, artterapie, stimulare polisenzorială etc.).

Cele patru forme ale activității au ponderi diferite la debili mintal, atât sincronic, cât și diacronic. Activitatea de *învățare* de tip didactic trebuie proiectată având în vedere „echilibrarea treptată a raportului între cei doi parametri fundamentali ai eficienței: ritmul de lucru și calitatea execuției” (Gh. Radu, *op. cit.*, p. 125). „Înseamnă că, în activitatea de învățare, nu va trebui să cerem unui elev cu handicap mintal să realizeze concomitent atât o creștere a vitezei de lucru, cât și o ameliorare a calității execuției, adică să lucreze și mai repede, și mai bine decât a făcut-o în încercarea precedentă. Cerându-i îmbunătățirea treptată a calității execuției (rezolvării), vom păstra, pentru moment, ritmul deja consolidat, viteza cu care s-a deprins, și, invers, cerându-i creșterea vitezei, accelerarea ritmului de lucru, vom căuta să-l menținem la nivelul calitativ al încercărilor anterioare” (*ibid.*, pp. 125-126).

Elevul cu deficiență mintală are nevoie de mult mai multe repetări, iar conținutul de învățat trebuie atent împărțit în secvențe. Expunerea verbală trebuie însoțită de demonstrație practică, dar fără a se suprapune una cu

¹⁰⁰ Detalii, în primul și în ultimul capitol.

cealaltă, pentru că, departe de a se potența reciproc, în mintea debilului mintal ele tind să se eclipseze prin cerința de comutare a atenției de pe aspectele simbolice pe cele senzoriale și viceversa. Este utilă dublarea învățării cognitive de către cea afectivă însă fără exagerări, deoarece accentuarea elementelor afective poate duce la o fixare emoțională a interesului deficientului mintal pe aspecte de detaliu, cu ignorarea celor esențiale pentru formarea unor reprezentări complete și corecte. Activitatea din atelierul școlii premerge muncii retribuite și de aceea se impune insistarea pe aspecte precum respectarea orarului, însușirea normelor de protecție a muncii, formarea operațiilor necesare unei anumite acțiuni și exersarea lor până la automatizare, consolidarea unor algoritmi eficienți care să permită urmarea unei succesiuni corecte a operațiilor necesare atingerii unui obiectiv concret (finalizarea unei activități date), întreținerea uneltelor și mașinilor folosite. Este de dorit ca aceste activități să se desfășoare chiar la potențialul loc de muncă, lucru posibil în cazul atelierelor protejate. Un astfel de demers se poate dovedi însă complet inutil dacă statul nu creează facilități reale de angajare a absolvenților școlilor profesionale speciale (știută fiind rata mare de uitare a cunoștințelor și deprinderilor de muncă nesolicitate în activitățile cotidiene). Cf. lui Ș. Ionescu (*op. cit.*, p. 171-172), „pregătirea profesională a deficienților mintal are ca scop formarea deprinderilor profesionale, pregătirea individului în vederea plasării și a stabilității pe post”.

În opinia aceluiași autor (*ibid.*, pp. 171-172), principiile generale care trebuie urmate sunt următoarele:

- Pregătirea profesională trebuie să aibă caracter individualizat în funcție nu numai de nivelul intelectual, ci și de particularitățile motricității, afectivității etc.
- Procedeele utilizate în pregătire pot și trebuie să fie standardizate, astfel încât să fie aplicabile unui grup mare de subiecți antrenabili.
- Pregătirea profesională trebuie adaptată la cerințele pieței muncii.
- Trebuie evitată supraspecializarea, deși unele programe specializate pot avea valoare ergoterapeutică.
- Trebuie evitată urmărirea rezultatelor cantitative (accentul căzând pe sarcini educative).
- Pregătirea trebuie realizată în condiții cât mai apropiate de cele ale profesiei reale (cu referire la pontaj, retribuție, orar, utilaje).
- Este necesar să se obțină o relație optimă între durata și conținutul formării profesionale și, respectiv, posibilitățile intelectuale ale deficienților mintal.
- Trebuie evitate unele aspecte negative, precum accentul exagerat pus pe profesie și nu pe încadrare, concordanța redusă dintre munca din perioada de pregătire și cea de la locul de muncă, folosirea unor utilaje perimate fizic și moral, neînsușirea tempoului operațiilor de muncă, recrutarea unui personal didactic necorespunzător etc.

Jocul (activitate principală la preșcolar, dar secundară la micul școlar) este, de obicei, primitiv, sărăcăcios în conținut și scurt ca durată. Ca formă individuală, el se rezumă la senzorio-motricitate și manipulări mai mult sau mai puțin coerente ale obiectelor. În tandem sau în grup, accentul cade pe forță fizică și locomotie (trântă, fugărire, azvârlire de obiecte etc.). La copii mai mari, și în special la cei cu deficit intelectual ușor, apare jocul simbolic și chiar cel cu subiect și roluri (firește, într-o formă simplificată față de cel întâlnit la copilul normal). Din păcate, incapacitatea formulării unui plan ludic complex și a performării unor roluri mai complicate diminuează valoarea de socializare a jocului, reducând-o la elemente ale interacțiunii primare (imitație, impunerea prin forță, cooperare situațională minimală). Jocul didactic (conceput și utilizat expres de către adult) are un rol esențial în învățare nu numai la preșcolari, dar și la micii școlari care păstrează multe din trăsăturile specifice perioadei de viață anterioare. C. Păunescu și I. Mușu (1990) propuneau un model al acțiunii de terapie complexă recuperatorie integrată prin joc, divizat în trei compartimente (psihoterapeutic, de învățare prin joc, respectiv al domeniilor de aplicare) și organizat în conformitate cu cinci obiective operaționale, interesând cinci niveluri de operaționalizare:

- al cunoștințelor elementare,
- al înțelegerii,
- al aplicării principiilor și regulilor în situații noi,
- al analizei,
- al sintezei.

Jocul este implicat în diferite activități (senzorio-motorii, perceptivă, verbale, de construcție, de expresie corporală și estetică), interesând atât sfera intelectuală, cât și pe cea afectivă. În ceea ce privește a patra formă de activitate, *creativitatea*, aceasta este cvasi-absentă la deficientul mintal, manifestându-se unele forme efemere ale aglutinării, amplificării/diminuării, multiplicării/omisiunii, substituirii sau modificării de tip imaginativ. O analiză atentă ne indică însă caracterul accidental și neconsistent al acestor producții (desen sau pictură, relatări verbale, mimico-gesticulație de tip teatral etc.).

Concluzionând, „structurarea programelor școlare pe baza definirii operaționale a obiectivelor (în lumina unor obiective generale și corelat cu evidențierea unor obiective transdisciplinare) luând în considerare rezultatele 'evaluării de preînvățare' [...] oferă o altă paradigmă și altfel de soluții pentru asigurarea tratării diferențiate a elevilor decât elaborarea programelor de învățământ la modul tradițional” (Verginia Crețu, 1993, p. 54).

Nevoia de tratare individualizată este cu atât mai presantă în cazul subiecților cu handicap mintal sever unde ideea însăși de programă școlară își pierde sensul. Recent, Verginia Crețu (2001) propunea un modul curricular destinat educației speciale a acestei categorii de persoane, bazat pe rezultatele obținute îndeosebi în activități de formare a autonomiei personale la copii cu sindrom Down. În opinia autoarei (*ibid.*, pp. 22-23), „în sistemul educației speciale a

copiilor cu handicap sever este important să existe activități specifice care-și propun prin excelență în contextul activităților cotidiene dezvoltarea gândirii sau învățarea perceptivă (de exemplu: creșterea sensibilității absolute și diferențiale a analizatorilor, ameliorarea capacității de explorare a mediului apropiat), precum și ameliorarea proceselor mnezice. Astfel de activități dezvoltă capacități care presupun alte modalități de funcționare. Stabilirea unui conținut curricular înseamnă de fapt explorarea potențialului acestuia de a contribui la 'îmbogățirea instrumentală', la dezvoltarea capacităților de cunoaștere și acțiune ale copilului cu handicap într-un program mai larg de terapie complexă, în vederea autonomiei personale în mediu protejat".

Curriculum-ul pentru copiii cu deficiențe (dizabilități) severe și profunde, editat în 2002 sub egida Reprezentanței UNICEF în România și a Asociației RENINCO România, propunea o abordare terapeutică axată pe șapte arii curriculare:

- dezvoltare senzorial-motrică primară,
- dezvoltare cognitivă,
- comunicare și limbaj,
- formarea autonomiei personale și sociale,
- utilizarea calculatorului și a echipamentelor auxiliare,
- științe – cunoașterea mediului,
- arte.

Pentru fiecare domeniu în parte au fost destinate obiective detaliate, diferențiate pe niveluri de progres terapeutic, ceea ce, în practică, ar putea supraîncărca nejustificat programul de intervenție. Cel puțin în cazul copiilor cu deficiență mintală severă și profundă, o planificare riguroasă a activităților și a obiectivelor de atins este superfluă. La acești subiecți este mai eficientă polistimularea senzorială și trezirea interesului față de mediu, precum și formarea unor deprinderi elementare de autoservire și deplasare, decât cantonarea rigidă într-o planificare dată. Evident, nu putem expedia în câteva rânduri o problemă atât de complexă, care își caută încă modalități optime de rezolvare.

DEFICIENȚELE AUDITIVE

7. 1. DEFICIENȚELE AUDITIVE: DIAGNOZĂ ȘI CLASIFICARE

Recurgem la sintagma „deficiențe auditive” (respectiv „deficiențe vizuale”, în capitolul următor) pentru a evidența mai corect paleta extrem de variată a tulburărilor care, în final, conduc la pierderi variabile de auz, mono- sau binaurale, stabile sau progresive. După D. Sarafoleanu și C. Sarafoleariu (1997, p. 97), „surditatea nu este de fapt o boală, ci un simptom corespunzător unei etiologii diverse. Atunci când constituie unicul simptom definitiv, surditatea constituie, de fapt, esența suferinței”.

Prin urmare, atunci când vom discuta principalele cauze ce au drept consecință deficiența de auz, nu dorim să ne substituim specialității medicale a oto-rino-laringologiei, ci numai să semnalăm importanța cunoașterii de către specialistul psihopedagog a multitudinii de surse responsabile de pierderile auditive constatate. De asemenea, discutând despre diagnoză, nu considerăm că aceasta intră în atribuțiile defectologului; el este însă dator să aibă câteva noțiuni elementare despre modul în care se face și, mai ales, cum se codifică rezultatele diverselor explorări funcționale, pentru a fi capabil să înțeleagă implicațiile acestora asupra propriei activități (e.g. cum să valorifice restantul auditiv al unui copil, așa cum apare el într-o audiogramă)¹. Iată de ce vom sintetiza, după lucrări de specialitate, câteva date orientative privind diagnoza, clasificarea și etiologia deficiențelor senzoriale.

Examenul *fizic* local se referă la inspecția pavilionului și a regiunii mastoide, a conductului auditiv extern și a membranei timpanice (prin otoscopie). Alterările structurii osoase a temporalului pot fi evidențiate cu precizie prin examen tomografic. Examenul funcției tubare este necesar pentru toți pacienții care prezintă o surditate de transmisie și oferă informații privind starea celor două funcții de bază ale trompei lui Eustachio: funcția echipresivă și funcția de drenaj (*apud ibid.*, pp. 15-20).

Examenul *funcțional* al audiției presupune: a) examenul acumetric, b) examenul audiometric, c) impedancemetria și d) metoda potențialelor evocate și electrocochleografia.

¹ A nega utilitatea cunoștințelor de audiometrie în defectologie este același lucru cu a nega utilitatea cunoștințelor de acustică în audiometrie.

a) *Acumetria* este atât fonică (aprecierea transmisiei sunetului pe cale aeriană făcându-se empiric, prin intermediul vocii umane), cât și instrumentală (evaluându-se nu numai transmisia aeriană, dar și cea osoasă). În acumetria instrumentală se folosesc diapazoane ce emit sunete cu variații din octavă în octavă (seria de diapazoane Betzold), făcând posibilă și aprecierea frecvențelor sunetelor percepute. Proba Weber servește la testarea percepției craniene: se așază un diapazon ce vibrează cu frecvența de 128 Hz (aflată în zona gravă a spectrului de frecvențe perceput de urechea umană) pe vertexul subiectului; dacă percepția binaurală este normală, subiectul situează subiectiv sursa sonoră la mijlocul distanței interauriculare. Dacă are o surditate de transmisie unilaterală, sunetul este perceput ca fiind mai puternic de urechea afectată; dacă însă este vorba de o surditate de percepție, sunetul va fi auzit mai bine cu urechea cea mai puțin lezată. Proba Rinné constă în testarea auzului separat pentru fiecare ureche, atât în ceea ce privește conducerea aeriană, cât și cea osoasă. Proba Rinné pozitiv normal indică perceperea mai bună a stimulului sonor pe cale aeriană decât pe cale osoasă craniană (raportul fiind de 3:1). Un Rinné negativ se observă în situațiile de afectare a transmisiei aeriene; un Rinné pozitiv patologic rezultă în urma afectării ambelor tipuri de transmisie, raportul rămânând pozitiv în condițiile creșterii pragului auditiv absolut.

b) *Audiometria* „reprezintă studiul funcției auditive cu ajutorul unui audiometru prin mijloace electroacustice” (*ibid.*, p. 21). Atunci când sunt folosite sunete pure (emise la sau peste nivelul pragului auditiv), ne referim la *audiometrie tonală* (liminară, respectiv supraliminară), iar dacă se recurge la logatomi, cuvinte și propoziții, este cazul *audiometriei vocale*. În timp ce prin prima metodă se măsoară pragul auditiv absolut minimal, respectiv perturbațiile de registru și amplitudine² ale senzației acustice din câmpul auditiv, prin cea de-a doua este evaluat gradul în care subiectul înțelege sensul celor auzite, determinându-se astfel calitatea auzului socio-profesional. În audiometria tonală, se folosesc atât căștile (cu distribuție separată a sunetului pentru fiecare ureche), cât și lama vibrantă (plasată pe osul mastoid). În cea vocală, testarea se face în „câmp sonor”, recurgând la seturi de cuvinte ale căror foneme au frecvențe asemănătoare între ele. La copiii mici și foarte mici, testarea ridică o serie de probleme în ceea ce privește conștientizarea de către subiect a percepției stimulului sonor. Adeseori, copiii sunt fie neatenți, fie uită ce au de făcut (*e.g.* să arunce un jeton într-o cutie atunci când aud sunetul în cască), fie intră într-o reacție de răspuns reiterativă, fără legătură cu testarea (copilul continuă să arunce jetoane deși audiologul a încetat emisia

² Prin *diploacuzie* sunt denumite distorsiunile de înălțime ale sunetelor, iar prin *recruitment*, cele de intensitate. Fenomenul de *recruitment* se traduce subiectiv prin perceperea mult mai intensă a stimulului sonor decât ar fi cazul, conform valorii sale fizice, și semnalează, de regulă, o leziune a celulelor auditive (*ibid.*, pp. 21-22).

sonoră). Din acest motiv, proba trebuie să se desfășoare într-o manieră cât mai interesantă pentru copil, cu pauze pentru odihnă și cu un ritm variat al emisiilor sonore (care să împiedice apariția reacției repetate). La copiii cu vârste între 3 și 6 ani, excitația sonoră trebuie susținută de un reflex condiționat (jucărie ce apare o dată cu emisia sonoră). La copiii mai mici de 3 ani nu pot fi folosite tehnicile ce implică cooperare, fapt pentru care se recurge la metode alternative (e.g. testul de distragere a atenției)³. Reacțiile involuntare ale subiectului (clipit, tresărire, grimasă) pot constitui indicii suplimentare în aprecierea acuității sale auditive. O mare atenție se acordă în țările dezvoltate *screening*-ului *auditiv*, adică depistării precoce a deficiențelor de auz. În opinia lui B. McCormick (1988, p. 21), „un bun program de screening auditiv trebuie să fie astfel administrat încât să filtreze din populație un grup relativ mic de cazuri de interes, cu probabilitate ridicată de a prezenta o deficiență de auz, și trebuie să aibă un înalt grad de sensibilitate (adică să depisteze în mod eficient cazurile afectate), precum și un grad ridicat de specificitate (adică să separe sau să identifice în mod corect cazurile neafectate)”.

Spre deosebire de testarea audiometrică (metodă obiectivă, dar cronofagă), screeningul triază în mod rapid cazurile cu deficit de auz evident, însă marja de eroare este crescută. Pot apărea cazuri „fals pozitive” (copii diagnosticați în mod greșit ca având pierderi auditive), dar mai ales cazuri „fals negative” (subiecți care trec testul, deși au o deficiență de auz). Problema este că, odată testați și declarați normali auditiv, subiecții din a doua categorie vor fi reexaminați mult prea târziu pentru a se mai putea interveni corectiv într-o manieră decisivă (chirurgical ori protetic). Din păcate, costurile prohibitive și dificultățile logistice mari fac improbabilă o strategie națională de testare aprofundată a copiilor mici și foarte mici într-un viitor apropiat, ceea ce contravine principiului depistării precoce.

³ Barry McCormick (1988) expunea o serie de metode utilizabile în evaluarea percepției auditive la copiii mici și foarte mici. Testul de distragere a atenției, conceput de I. R. Ewing și A. W. G. Ewing (1947. *The Ascertainment of Deafness in Infancy and Early Childhood. Journal of Laryngology and Otology*, 59, 309-338), se bazează pe reacția de orientare a copilului mic la stimulul sonor (întoarcerea reflexă a capului către sursa sonoră). Stimulul sonor poate proveni de la un obiect oarecare (clopoțel, linguriță învârtită ușor într-o cană, hârtie mototolită), însă, din motive de obiectivitate, se preferă sunetele emise de un generator de tonuri (*MEG warbler*). Numărul minim de frecvențe recomandat este de trei: 500Hz, 2kHz și 4kHz. Testul este considerat trecut dacă copilul a reacționat la fiecare din aceste frecvențe (pentru fiecare ureche în parte). La copiii mai mari de un an și jumătate se poate recurge la unele teste ce implică o minimă cooperare (e.g. testul McCormick de indicare din ochi a jucăriilor solicitate de către examiner). La vârste apropiate de trei ani, probele pot deveni mai complicate (e.g. testul McCormick de discriminare a jucăriilor). Măsurarea precisă a nivelului percepției auditive nu se poate face decât instrumental, fie apelând la înregistrarea potențialelor evocate auditive (de trunchi cerebral), a răspunsului post-auricular miogenic ori a emisiilor otoacustice, fie recurând la audiometria clasică.

Revenind la testarea audiometrică, rezultatele acesteia sunt înregistrate sub forma unui grafic denumit *audiogramă*, ce conține pe abscisă frecvențele examinate, în ordine crescătoare (de la 125 Hz la 8 kHz), iar pe ordonată valorile descrescătoare ale intensității sonore (de la 120 dB la -20 dB)⁴. Comparația între traseele grafice ale celor două tipuri de conducere (aeriană și osoasă) reprezintă Rinné-ul audiometric, conform interpretării de mai sus (pozitiv normal, negativ, pozitiv patologic).

c) *Impedancemetria* este o metodă care permite evaluarea, prin înregistrare grafică, a conducerii sonore la nivelul sistemului timpano-osicular. La intrarea în conductul auditiv extern se emite un sunet cu frecvența de 250 Hz și se înregistrează apoi nivelul reflexiei sunetului pe suprafața membranei timpanale. Aceasta va fi totală dacă timpanul este rigid (sechele cicatriceale etc.) sau extrem de redusă dacă timpanul vibrează foarte ușor (în rupturile osiculare); altminteri, reflexia trebuie să aibă valori medii. Măsurarea reflexiei sonore permite, pe de o parte, evaluarea rezistenței structurii timpano-osiculare la presiunea stimulului sonor (impedanță), iar, pe de altă parte, aprecierea facilității transmiterii timpano-osiculare a undei acustice (compliance). Ambele niveluri pot fi constatate analizând înregistrarea grafică denumită *timpanogramă* (D. Sarafoleanu și C. Sarafoleanu, *op. cit.*, pp. 23-25).

d) *Potențialele evocate auditive* și *electrocochleografia* reprezintă o metodă de investigare otoneurologică ce permite studiul obiectiv prin sumarea răspunsurilor provocate de stimuli produși prin electrozi aplicați pe vertex, mastoidă sau labirint (*ibid.*, p. 25).

Clasificarea deficiențelor de auz ține cont, în primul rând, de momentul apariției acestora (*congenitale*, de sorginte ereditară în marea lor majoritate, și *dobândite*, cu precizarea vârstei – *precoc*, respectiv *tardiv*). În al doilea rând, și cel mai important, ia în considerare specificul acestora (de transmisie, atunci când cauza interesează urechea externă, urechea medie și ferestrele labirintice, și de *recepție nervoasă* sau de *percepție*, atunci când leziunea este localizată la nivelul urechii interne, pe căile nervoase retrolabirintice sau pe porțiunea radiculară a nervului acustic; în sfârșit, *mixte*, când amândouă componentele sunt afectate). În al treilea rând, contează natura etiologiei: organică, funcțională sau psihogenă.

⁴ Este important de reținut că scala decibelică este de tip logaritm, deci intervalele dintre valorile-reper succesive nu sunt egale în realitate. Astfel, dacă valoarea de 0 dB corespunde unei presiuni de 20 μ Pa, cea de 10 dB înseamnă de fapt 100 μ Pa, iar cea de 120 dB circa 50 Pa. Nivelul de 0 dB se consideră a fi de referință, valorile de ± 20 dB reprezentând oscilațiile extreme. Sunt în uz mai multe scale decibelize, identificate prin litere (A, B, C, respectiv D) sau acronime (HL – *Hearing Level*, SPL – *Sound Pressure Level*). Scala dB (A) este utilizată pentru toate situațiile în care măsurarea nivelului auditiv se face în spații închise (cameră), în timp ce scala dB (HL) este folosită atunci când testarea se face prin intermediul căștilor (valorile corespunzătoare fiind, în comparație cu scala A, mai mici cu circa 4 dB). Scala dB (SPL) este de referință atunci când se analizează performanțele protezelor auditive.

Gradele deficitului auditiv sunt următoarele (conform Biroului Internațional de Audiofonologie de la Bruxelles⁵):

- 0 – 20 dB: auz normal;
- 20 – 40 dB: deficit auditiv lejer (hipoacuzie ușoară);
- 40 – 70 dB: deficit auditiv mediu (hipoacuzie moderată);
- 70 – 90 dB: deficit auditiv sever (hipoacuzie severă);
- peste 90 dB: deficit auditiv profund (hipoacuzie profundă, până la cofoză⁶).

Standardul I.S.O. R: 389-1970 prevede următoarele intervale: 0-25 dB (ISO): auz normal; 26-40 dB (ISO): deficiență auditivă ușoară; 41-55 dB (ISO): deficiență auditivă mijlocie; 56-70 dB (ISO): deficiență auditivă gravă; 71-90 dB (ISO): deficiență auditivă severă; peste 90 dB (ISO): deficiență auditivă profundă (până la pierderea totală a auzului). În cazul deficienței auditive asimetrice, clasificarea ia în considerare deficitul cel mai scăzut⁷.

Prin urmare, avem și o clasificare după gradul pierderii de auz. Diferențele acimetrice constau în faptul că, dacă în cazul deficitului auditiv lejer vocea șoptită nu este înțeleasă corect, în cazul deficitului auditiv mediu subiectul aude numai vocea strigată (nu și pe cea de conversație), iar în cazul deficitului auditiv sever el percepe parțial vocea strigată, fiind nevoit să se bazeze intens pe labiolectură. În hipoacuzia profundă, dacă mai există unele resturi auditive, anumite sunete foarte puternice pot fi percepute, în timp ce în cofoză (surditate) ele nu determină decât senzația de durere. Frecvent, deficiențele de auz se asociază cu tulburări vestibulare, ceea ce complică tabloul simptomatologic.

Hiperacuzia este o tulburare rară a funcției auditive și este identificată mai degrabă cu hiperacuzia dureroasă din cadrul paralizii faciale periferice produse prin lezarea intratemporală a nervului. Apare doar dacă leziunea este situată la nivelul sau deasupra emergenței nervului mușchiului scăriței (suprimarea acțiunii acestui mușchi determină o creștere a acuității auditive, în special pentru frecvențele acute, ceea ce poate genera durere atunci când se depășește un anumit prag).

Paracuzia constă în alterarea senzațiilor sonore, mai des întâlnită fiind cea din cadrul surdității de transmisie (cu precădere în cazul otospongiosclerozei) (D. Sarafoleanu și C. Sarafoleanu, *op.cit.*, p. 104).

⁵ (1969). Classification des déficiences auditives. *Revue Générale de l'Enseignement des Déficients Auditifs*, 4, 132-136.

⁶ Coufamara (gr.), „surditate”, coufos (gr.), „surd”.

⁷ Apud G. Popescu și O. Pleșa (1998, p. 64).

7. 2. ETIOLOGIA DEFICIENȚELOR AUDITIVE

Tulburările funcției auditive se datorează unor cauze extrem de variate și, de aceea, deosebirile referitoare atât la forma de manifestare, cât și la gradul de afectare sunt esențiale, cu impact direct asupra demersurilor medico-chirurgicale și psihopedagogice de urmat. Mai mult, deficiențele auditive sunt însoțite frecvent de tulburări ale funcției vestibulare, având drept consecință perturbarea simțului echilibrului. În planul comunicării, lipsa auzului conduce la neînvățarea limbajului verbal oral, substituit, parțial sau total, prin mimico-gesticulație. Relația dintre capacitatea de a auzi și cea de a vorbi este atât de profundă, încât abia în ultimele două-trei secole oamenii au reușit să distingă între surditatea ca atare și muștenia audiogenă. Astfel, termenul „surdomut” a început să fie ortografiat „surdo-mut”, păstrându-se astăzi mai degrabă în vorbirea curentă decât în cea academică. Prin contrapunere, a fost creat termenul „surdo-vorbitor” pentru a-l desemna pe acel deficient de auz care și-a însușit limbajul verbal oral. Mai târziu, o dată cu progresele în domeniul psihiatriei, s-a constatat că există situații în care pierderea (temporară) a funcției auditive sau vizuale se datorează unor traume psihice și nicidecum lezării analizatorilor respectivi, fenomen semnalat întâi la unii combatanți din primul război mondial și observat apoi în contexte psiho-traumatizante majore (dezastre naturale, accidente, violuri, decese subite ale unor persoane apropiate etc.).

Patologia răspunzătoare de diminuarea sau pierderea auzului se referă la următoarele segmente ale organului auditiv (cf. *ibid.*, pp. 34-137):

- *Urechea externă*: malformații și traumatisme ale conductului auditiv extern, stenoze de conduct, corpi străini auriculari (hidrofobi și hidrofilii), inflamații acute ori cronice (furunculoză), otomicoze, tumori (osteome⁸, carcinome, fibroangioame etc.).

- *Urechea medie*: malformații (ale cavității timpanice, ale lanțului osteoauricular, ale ferestrelor ovală și, respectiv, rotundă), traumatisme ale timpanului (autoprovoacate cu diverse instrumente rigide – băț de chibrit, capăt de andrea etc.; barotraumatism la variații bruște ale presiunii atmosferice la anumiți profesioniști – artileriști, scafandri, parașutiști, piloți militari; sonotrepidoza sau surditatea profesională, cauzată de expunerea îndelungată la zgomote și trepidații puternice, având drept manifestare scăderea capacității funcționale a organului auditiv până la hipoacuzie permanentă și cofoză), fracturi⁹ (datorate fie unor accidente, fie unor agresiuni), disfuncția tubară (cu rol esențial în proliferarea inflamațiilor urechii medii, manifestată, printre altele, prin hipoacuzie de

⁸ Prezența lor favorizând hipoacuzia de transmisie, precum și apariția otitelor medii și externe (*ibid.*, p. 43).

⁹ În fracturile timpano-labirintice și labirintice poate apărea și o surditate de percepție totală; în cele timpanice extralabirintice se constată o hipoacuzie de transmisie sau una de tip mixt, dar niciodată o surditate totală (*ibid.*, pp. 47-48).

transmisie), infecții acute și cronice (otita sero-mucoasă a copilului, otita sero-mucoasă a adultului¹⁰, otitele medii acute – catarală, perforantă, necrozantă –, mastoidita acută, labirintita acută postotitică¹¹; otitele medii cronice – supurată simplă, colesteatomatoasă¹², cicatriceală¹³), otospongioza¹⁴ (manifestată la început prin surditate de transmisie pură prin blocarea progresivă a lanțului osicular și fixarea platinei scăriței în fereastra ovală, apoi prin surditate de tip mixt sau de percepție datorită implicării urechii interne), lues congenital, tumori (tumoarea de glomus jugular, epiteliome și sarcoame ale urechii medii).

• *Urechea internă*: malformații ale cohleei (interesând fereastra rotundă, membrana bazilară, organul lui Corti), traumatisme (cu sau fără afectare labirintică), sindromul vascular cohlear acut (ictusul cohlear)¹⁵, sindromul vascular vestibular (insuficiența vertebro-bazilară, stenoza arterei vertebrale, insuficiența

¹⁰ Manifestată și printr-o hipoacuzie de transmisie fluctuantă (cu deficit auditiv de până la 40 dB), cu intensitate variabilă, autofonie inconstantă și senzație de plenitudine auriculară, la care se adaugă uneori acufene de tonalitate joasă și senzație vagă de vertij (*ibid.*, p. 63).

¹¹ Caracterizată atât prin semne cohleare (acufene intense cu tonalitate înaltă, surditate de percepție profundă), cât și prin semne vestibulare (vertij intens cu greață și vomismente, nistagmus), la care se adaugă celelalte semne (febră, frison, sindrom meningeal) (*ibid.*, p. 76).

¹² *Colesteatomul* reprezintă o formațiune patologică constituită din scuame epidermice, suprapuse concentric, imposibil de eliminat la exterior. Determină eroziuni osoase și procese de resorbție în zonele învecinate, prin mecanisme enzimatice, litice și infecțioase. Au fost evidențiate două forme clinice: colesteatomul pur, care evoluează lent și progresiv, în absența oricărei infecții, distrugând țesuturile osoase învecinate până la accesul în endocraniu; colesteatomul suprainfectat, care evoluează mai rapid, cu complicații extrem de grave precum paralizia facială, meningita difuză sau localizată, tromboflebita sinusului lateral, abcesul cerebral sau cel cerebelos, encefalita etc. (*ibid.*, p. 80).

¹³ Sechele reprezentate de leziuni cicatriceale ale timpanului și lanțului osicular datorate procesului inflamator sau supurativ. Tratamentul sechelelor vizează doar îmbunătățirea auzului (abordarea chirurgicală este viabilă numai în condițiile menținerii în stare funcțională a trompei lui Eustachio) (*ibid.*, pp. 80-81).

¹⁴ „Otospongioza este o afecțiune a capsulei labirintice (capsula otică) care, prin evoluție, determină blocarea scăriței în fereastra ovală. Focarul otospongiotic constă dintr-o distrofie a labirintului osos în care diferite porțiuni suferă un proces de remaniere în care se asociază un proces de osteoliză, un proces de hipervascularizație și un proces de reconstrucție osoasă” (*ibid.*, p. 81). Tratamentul chirurgical constă în înlocuirea scăriței afectate cu o proteză din material plastic (*ibid.*, p. 83).

¹⁵ Se datorează, în principal, acțiunii conjugate a trei factori: disfuncția vasculară periferică cu impact preponderent cohlear, infecția virală (de regulă, gripală) și terenul tarat ereditar (predispoziție la spasm vascular, surditate în antecedentele heredo-colaterale). „Surditatea apare brusc, de obicei la trezirea din somnul de dimineață, dar uneori se poate instala și în timpul zilei. Surditatea este de recepție nervoasă și are o intensitate variabilă. Poate fi totală (întotdeauna unilaterală) sau parțială. Instalarea surdității se face în decurs de câteva minute, până la 2-3 ore [...] Scăderea de auz se însoțește de acufene siflante de tonalitate înaltă. Lipsesc tulburările labirintice” (*ibid.*, p. 110).

circulatorie a trunchiului cerebral, ateroscleroza difuză a fosei posterioare, insuficiența vasculară periferică a labirintului, boala Ménière sau hidropsul labirintic), labirintoze¹⁶, infecții bacteriene (meningită, petrosită) și virale (oreion, zona Zoster, virus adeno-faringo-cervical), surditatea din bolile sistemului imunitar, medicație ototoxică (streptomycină, gentamicină, kanamicină, neomicină), tumori (neurinomul de acustic¹⁷), leziunile bazilubare (răspunzătoare pentru surditatea de tip central), prezbiacuzia (datorată vârstei).

O parte din cauzele surdității la naștere o constituie *maladiile ereditare* care, pe lângă alte leziuni grave, determină și afectări ale funcției auditive. Au fost evidențiate circa 150 de afecțiuni genetice în care surditatea este prezentă. În opinia unor cercetători, circa jumătate din surditățile de percepție se datorează unei gene recesive, transmisă genetic¹⁸. Se întâlnesc malformații ale urechii medii în osteogeneza imperfectă, sindromul Treacher – Collins, sindromul Apert, sindromul Klippel – Feil, sindromul Crouzon (disostoza cranio-facială), boala Paget, boala Van der Hoeve, sindromul Goldenhar, velopalatoschizis („gură de lup”) etc. Surditatea de percepție este una dintre consecințele sindromului Waardenburg, sindromului Treacher – Collins, sindromului Apert (acro-cefalo-sindactilia), sindromului Klippel – Feil, sindromului Crouzon, sindromului Alport, sindromului Pendred. În alte situații, se constată instalarea unei duble deficiențe: surdocecitate (în sindromul Usher), auditivă și mintală (în sindromul Cockayne, sindromul Down), surdocecitate și deficiență mintală (sindromul Hunter).

În funcție de momentul apariției pierderii de auz, distingeam între deficiențele de auz *congenitale* și cele *dobândite*. Majoritatea surdităților sunt înnașcute, ele datorându-se unei game largi de factori precum: maladiile ereditare, agenții patogeni (rubeola maternă contractată în primele trei luni de sarcină; infecția cu virusul citomegalic, *treponema pallidum*, bacilul Koch; toxemia gravidică), incompatibilitatea de factor Rh (contracarată prin administrare de gamaglobulină anti-D), expunerea mamei la radiații (mai ales în primele trei luni de sarcină), diabetul, alcoolismul, dependența de droguri, terapia medicamentoasă (antibiotice administrate mamei, cu efecte nocive majore în ceea ce privește constituirea normală a analizatorului auditiv-vestibular al fătului), prematuritatea (deficiențele

¹⁶ „Sunt suferințe neinflamatoare și netraumatice ale labirintului care constau din degenerescența progresivă a terminațiilor neurosenzoriale ale acestuia” (*ibid.*, p. 115).

¹⁷ Cu evoluție insidioasă, manifestându-se la început doar printr-o surditate de percepție unilaterală progresivă.

Ulterior depășește limitele conductului auditiv intern, invadează spațiul ponto-cerebelos și lezează nervul trigemen și trunchiul cerebral, generând simptomatologia tipică sindromului vestibular central (*ibid.*, p. 133).

¹⁸ *Apud* B. McCormick (*op. cit.*, p. 16), I. Tucker și C. Powell (1991, p. 13). Pentru detalii legate de etiopatogenia deficiențelor de auz, v. J. L. Northern și M. P. Downs (1982). *Hearing in Children*. Baltimore: William & Wilkins.

de auz fiind de zece ori mai răspândite la copiii născuți înainte de termen decât la cei normali). Cauzele surdităților dobândite se clasifică, la rândul lor, în *neonatale* și *postnatale*. Dintre cele neonatale, mai importante sunt: hiperbilirubinemia (cu efect toxic deosebit asupra nucleilor cohleari dorsali din trunchiul cerebral, ceea ce conduce la instalarea unei deficiențe auditive pentru tonurile înalte; exsangvinotransfuzia promptă și fototerapia au rol în diminuarea cazurilor cu surditate neonatală de acest tip¹⁹), anoxia neonatală („asfixia albastră”, datorată răsucirii cordonului ombilical în jurul gâtului copilului și, prin urmare, neoxigenării normale a creierului pentru un interval semnificativ de timp), traumatismele obstetricale (clamparea regiunilor temporale ale craniului în momentul extragerii nou-născutului). Cauzele postnatale mai răspândite sunt: diverse boli infecțioase ale micii copilării (oreionul, răspunzător de labirintita ce determină pierderea de auz unilaterală de tip neurosenzorial; meningita, ce poate produce leziuni ale nervului acustico-vestibular; encefalita, ce are repercusiuni asupra nucleilor cohleari și a tracturilor nervoase din trunchiul cerebral, pojarul, rujeola, scarlatina, febrele paroxistice, tusea convulsivă etc.), tumorile nervului acustic (neurinomul de acustic), boala Ménière, ictusul cohlear, traumatismele cranio-cerebrale acute și întreaga patologie a urechii expusă anterior. Chiar dacă, așa cum se observă din enumerările de mai sus, există o mulțime de factori incriminați în apariția deficiențelor de auz, se estimează totuși că între 30 și 60 % dintre cazuri au etiologie necunoscută.

7. 3. SPECIFICUL VIEȚII PSIHICE LA PERSOANELE CU DEFICIENȚĂ DE AUZ

Pentru a putea stabili dacă există sau nu un specific al vieții psihice la persoanele cu pierdere de auz, trebuie să ne referim întâi la *momentul* instalării deficienței și apoi la *formele* de intervenție recuperatorie deja aplicate. Dacă deficiența este congenitală iar copilul se naște într-o familie fără antecedente heredo-colaterale privind tulburările funcției auditive (cum se întâmplă frecvent), atunci dezvoltarea proceselor sale psihice superioare este încetinită, cu atât mai mult cu cât remediarea chirurgicală a defectului (când aceasta este o opțiune) se întârzie sau când angrenarea copilului într-o formă organizată de educație specială se amână. Dacă copilul deficient de auz face parte dintr-o comunitate de surzi, el evoluează mai bine în plan mintal decât în primul caz, însă, pe termen lung, își va structura un anume tip de gândire și de limbaj la care ne vom referi în paragrafele următoare (ceea ce ar justifica, între anumite limite, existența unei specificități a vieții sale psihice la maturitate). Pe de altă parte, este extrem de important de știut, în cazul deficiențelor dobândite, când a apărut pierderea de auz și din ce cauză, deoarece într-un fel se structurează psihismul la copilul cu debut al surdității înainte de trei-patru ani și altfel la cel

¹⁹ Apud B. McCormick (*op. cit.*, p. 19).

care și-a format reprezentările auditive fundamentale anterior pierderii auditive; de asemenea, caracterul progresiv sau staționar al deficienței, gradul de afectare a percepției auditive, asocierea sau nu cu tulburări ale funcției vizuale sau ale operaționalității mintale (de tip oligofrenic) sunt de natură să influențeze decisiv dezvoltarea sa psihică. În fine, intervenția precoce sau tardivă (de tip chirurgical, protetic sau psihopedagogic) modifică substanțial tabloul psiho-comportamental individual. Din motivele expuse mai sus, vom diferenția prezentarea caracteristicilor principalelor procese psihice la copilul surd nedemutizat, la cel aflat deja în curs de însușire a vorbirii și, respectiv, la cel cu hipoacuzie medie inclus de timpuriu într-un program de compensare și reeducare auditivă.

În cazul copilului *surd nedemutizat*, percepția vizuală tinde să suplinească carența ori lipsa celei auditive, motiv pentru care, pe de o parte, atenția vizuală este mai bine antrenată decât cea a copilului auzitor normal, dar, pe de altă parte, concretismul vizual exagerat acaparează procesul reprezentării, rezumând adeseori cristalizarea datelor perceptive în imagini mintale cu grad redus de generalitate. Dacă la copilul cu auz integru limbajul verbal oral însoțește (întâi sub formă impresivă, apoi și sub cea expresivă) acumularea, stratificarea și ierarhizarea reprezentărilor în funcție de trebuințele de cunoaștere dar și de nivelul operațiilor de abstractizare și generalizare, la cel cu auzul afectat genul acesta de întărire și suplimentare informațională fie este distorsionat, lacunar și imprecis, fie lipsește în totalitate. Un astfel de subiect, pe parcursul dezvoltării sale în copilăria mică și cea mijlocie, este tentat să recurgă din ce în ce mai frecvent la generalizări empirice, conform experienței sale de viață, și să nu înțeleagă sau să ignore conceptualizările standardizate social, impuse din exterior. Fenomenul este mult mai probabil să se întâmple în cazul copiilor surzi proveniți din familii fără probleme auditive (datorită piedicilor insurmontabile în comunicarea dintre copii și părinți, respectiv ceilalți membri ai anturajului) decât în cel al copiilor surzi născuți din părinți surzi și integrați într-o comunitate de neauzitori (aceștia beneficiind de limbajul mimico-gestual). În plus, izolarea relațională a copilului surd sau expunerea lui la diversele experiențe de viață cotidiană fără un minimum de explicații continuă să amplifice concretismul operațiilor gândirii și lipsa de sistemicitate a informațiilor reținute. Subiectul tinde să se mențină la aspectul exterior al lucrurilor și fenomenelor, să dea importanță exagerată detaliilor și să nu intuiască invarianțele ce stau la baza procesului reprezentării dacă acestea nu sunt imediat decelabile. Dacă un preșcolar cu auz integru este în permanență solicitat și ghidat verbal de către părinți în formarea acțiunilor mintale (prin explicații, întrebări țintite asupra unor elemente-cheie, repetări), cel surd, necunoscător al limbajului mimico-gestual, rămâne frecvent nelămurit ori silit să se mulțumească cu câteva informații sumare, pe care este nevoit să le intuiască fie din sugestiile acționale ale adulților (de exemplu, redarea prin gesturi a germinării, creșterii și înfloririi unei plante), fie din

propriile explorări (vizuale, tactile, osmice etc.) și experimentări (joc de rol). De altfel, la preșcolarul surd, imitația amânată (pe care J. Piaget o considera ca fiind prima etapă a procesului de reprezentare) capătă o pondere însemnată, comunicarea acțională și comportamentală devenind indispensabilă în condițiile absenței celorlalte forme de relaționare lingvistică. Gestul imitativ (ca „început de semnificant diferențial”²⁰) stimulează dezvoltarea funcției simbolice și, deci, apariția și consolidarea inteligenței preoperatorii care tinde însă, prin rolul său adaptativ evident, să se prelungească mai târziu, subminând constituirea reversibilității mintale (condiție obligatorie a operaționalității concrete). Astfel, în cazul experienței clasice a transvazării lichidelor (pentru sesizarea conservării substanței), copilul surd este tentat să se rezume la imitarea acțiunii ca atare sau la observarea atentă a stărilor inițială și finală, fără să sesizeze sensul mai profund al acestui fenomen (adică nu acțiunea în sine este importantă sau nivelurile la care s-a ridicat lichidul în vasul inițial, respectiv în cel final, ci faptul că substanța supusă transformării rămâne aceeași din punct de vedere cantitativ). Subiectul este sedus de spectacol, iar adultul, incapabil să-și exprime cerințele cu claritate, obține doar o reproducere a acestui spectacol. De altfel, întreaga metodologie a testării psihologice a copilului surd nedemutizat devine extrem de complicată în lipsa unei maniere adaptate de prezentare a instructajului, deci a regulilor de respectat în realizarea sarcinilor și exprimarea răspunsurilor²¹. Revenind la specificul dezvoltării funcțiilor și proceselor psihice, trebuie să remarcăm nivelul ridicat al memoriei vizuale, consecință directă a importanței percepțiilor și reprezentărilor vizuale în activitatea curentă a individului. Chiar și preșcolarii surzi rețin o cantitate mare de informații, uimind anturajul prin bogăția și fidelitatea detaliilor reproduse. Nu numai volumul memoriei vizuale este crescut (comparativ cu copiii de aceeași vârstă cronologică), dar și fidelitatea datelor înmagazinate este impresionantă. Retenția de lungă durată a informațiilor este bună dacă acestea sunt utile în activitatea cotidiană sau l-au frapat în mod deosebit pe copil (*e.g.* vizionarea unei reprezentații teatrale cu păpuși). Imitațiile frecvente ale obiectelor, ființelor și evenimentelor observate au tocmai rolul de a îmbunătăți remanența reprezentărilor vizuale prin

²⁰ J. Piaget și B. Inhelder (1966, p. 47).

²¹ Într-o cercetare mai veche (C. B. Buică, 1997) am argumentat prin exemple concrete necesitatea adaptării instructajului Matricelor Colorate Progresive Raven la specificul comunicării și înțelegerii preșcolarului deficient de auz. H. Salvat (1969) oferea, de altfel, o serie de exemple privind distorsiunile (*biases*) înțelegerii și realizării sarcinilor testului în cazul copiilor aparținând unor medii socio-culturale diferite de cel occidental. În opinia lui D. Colin (1991), probele psihologice trebuie să permită, pe de o parte, disocierea efectelor surdității de cele ale unor forme de deficiență mintală, iar, pe de altă parte, aprecierea impactului pierderilor de auz asupra dezvoltării intelectuale. M. Anca (1997) analizează în detaliu câteva probe psihologice aplicabile deficiențelor de auz.

asociere cu acte psihomotorii descriptive și complete (de exemplu, un copil surd, în vârstă de opt ani, era capabil să reproducă în detaliu timp de 10-15 minute un scheci cu Stan și Bran, inteligibil și pentru cei care nu văzuseră episodul cu pricina). H. R. Myklebust (1964)²² aprecia că posibilitățile de memorare și actualizare sunt, de regulă, mai scăzute la surzi decât la cei cu auz normal, însă fenomenul depinde de tipul de memorie analizat. Atâta timp cât datele experienței au caracter fragmentar și indiferent în raport cu trebuințele cognitive ale individului, engramarea lor mnezică nu poate fi decât deficitară. Pe de altă parte, dacă ne referim strict la memoria vizuală, interacțiunea cu subiecții surzi oferă dovezi irefutabile ale rolului său adaptativ major în planul relațional – acțional cotidian al acestora (ei sesizează, de pildă, mult mai rapid și mai corect modificările topografice, arhitectonice, vestimentare sau instrumentale decât cei cu auz normal datorită atât atenției vizuale crescute, cât mai ales acurateței imaginilor stocate mnezic).

Preșcolarii deficienți de auz manifestă un retard evident în dezvoltarea psihică, acesta fiind cu atât mai accentuat cu cât gradul pierderii auditive este mai mare și cu cât forma de comunicare achiziționată este mai primitivă. Studiul comparativ al preșcolarilor normali din punct de vedere auditiv, surzi proveniți din familii de auzitori și, respectiv, surzi proveniți din familii de neauzitori ne poate releva foarte limpede relația de interdependență dintre procesele cognitive (gândire, în special) și limbaj (verbal-oral, cu precădere). Limbajul, fiind nu numai un instrument al vehiculării de informații (deci, nu numai un cod), dar și un stelaj al construcției ideatice (la început, „matriță” a formulării intelectuale, apoi „canava” a organizării și proliferării acțiunilor mintale), impune o structurare specifică a minții, însemnând un anumit mod de a semnifica și de a opera cu semnificații. Copilul mic, în etapele incipiente ale achiziției limbajului, este dependent de descrierile și interpretările venite din exterior. Aspectul spectaculos, imprevizibil și neinteligibil al Lumii diminuează o dată cu constituirea schemelor obiectuale și cu apariția primelor impresii imagistice (reprezentările iconice), dar, mai ales, o dată cu atribuirea de semnificații. Antepreșcolarul auzitor primește din afară semnificațiile elaborate social, specifice culturii în care s-a născut, și, împreună cu ele, o structură cognitiv-axiologică dată. Treptat, în cursul educației și socializării primare, el își însușește nu un instrument neutru prin intermediul căruia să înțeleagă și apoi să se facă înțeles, ci un sistem activ, tendențios și perfect agreeat la nivel intelectual (mintea noastră având, conform lui N. Chomsky, acea proprietate specific umană de a „gramaticaliza”). Dezvoltându-și latura impresivă a limbajului în contextul unei presiuni culturale neîncetate, copilul auzitor normal își organizează mulțimea de impresii și achiziții empirice într-un sistem organizat lingvistic, ajustând sau eliminând toate acele elemente care nu pot

²² Helmar R. Myklebust (1964). *The Psychology of Deafness*. New York: Grune & Stratton.

fi exprimate verbal. Această „standardizare” mintală este perfecționată ulterior prin atenția deosebită pe care adulții o acordă unei exprimări corecte atât din punct de vedere fonetic, cât și gramatical. Utilizarea structurilor morfologice într-o anumită ordine (substantive, verbe, adjective și adverbe etc.) ne indică nivelurile succesive de stăpânire mintală a realității și de codificare lingvistică a acestor experiențe cognitive. Treptat, prin includerea sa în forme de educație formală (grădiniță), copilul auzitor normal își îmbunătățește controlul asupra înțelegerii și utilizării limbajului verbal oral (și scris, din ce în ce mai des), dar și conformismul socio-cultural²³. Acest conformism nu înseamnă doar o standardizare comportamentală (acțional-relațională), adică un mod prescris de a reacționa, ci și o standardizare mintală, adică un model cvasi-stereotip de a gândi și de a formula verbal. Nu ne referim aici la cazurile exagerate, în care copilul se comportă ca și cum ar fi fost „programat” sau în care denotă o adevărată dependență de norme (cum se mai întâmplă la micul școlar). Vrem doar să evidențiem acest „fundal”, acest cadru mental pe care se țese istoria psihică individuală²⁴. Nu este, deci, de mirare că un copil care poate auzi și înțelege limbajul verbal se dezvoltă conform cerințelor grupului socio-cultural căruia îi aparține. Mai târziu, o dată cu constituirea și afirmarea eului, limbajul interior se dezvoltă și se nuanțează, deoarece este limpede că nu putem pretinde un astfel de instrument mintal dacă nu există și un eu care să-l folosească. Gândirea sa (și celelalte procese intelectuale) se vor servi preferențial de acest instrument, fapt care va înlesni tranziția de la stadiul operaționalității concrete la cel al operaționalității formale (propoziționale). Se consolidează „sinistralitatea” corticală, adică dominanța scoarței cerebrale stângi, iar gândirea conceptuală domină și subordonează gândirea iconică²⁵. Lumea este percepută, prelucrată și reflectată printr-un set de „grile” socio-culturale, structurate lingvistic. Din acest motiv, ca moștenitori ai unui set mintal de sorginte greco-latină, am dezvoltat un mod propriu de a cunoaște realitatea (știința), de a o utiliza conform necesităților noastre (tehnica) și de a o interpreta speculativ (filozofia). Bineînțeles, de aici derivă și convingerea că incapacitatea de a dobândi limbajul verbal conduce inevitabil la inferioritate și plafonare intelectuală.

Acest fenomen poate fi probat la copilul surd nedemutizat. După C. Pufan (1972, p. 80), „gândirea surdomutului se folosește de imagini ale obiectelor și fenomenelor, iar conținutul ei este exprimat prin intermediul mimicogesticulației.

²³ Mai ales dacă ne referim la stadiul „moralității bunelor relații”, descris de L. Kohlberg.

²⁴ Fapt dovedit de concepte precum „personalitate de bază” (A. Kardiner) sau „mental colectiv”.

²⁵ Sunt unii cercetători care afirmă chiar că emisfera cerebrală dreaptă, la omul modern, nu este decât o formațiune vestigială (de tipul apendicelui), deoarece întreaga activitate intelectuală este guvernată de verbalism. Evident, un astfel de enunț ar trebui susținut și de probe convingătoare.

Comparativ cu gândirea auzitorului, gândirea surdomutului are un conținut concret, neevoluat. Abstracțiunile sunt prea puțin accesibile acestei forme de gândire; ele vor deveni treptat accesibile în procesul formării gândirii noțional-verbale, care evoluează o dată cu demutizarea".

În consecință, „ca urmare a specificului dezvoltării psihice, copiii surzi dovedesc posibilități limitate în însușirea cunoștințelor care se predau în școală” (*ibid.*, p. 57). Mai mult, „gândirea în imagini a surdomutului permite prea puțin evoluția principalelor calități care se realizează la auzitor prin mijlocirea cuvântului: caracterul critic (discernământul), suplețea, rapiditatea, lărgimea (profunditatea). Această situație este consecința șablonismului, simplismului, inerției și a altor trăsături calitative negative ale gândirii, care la surdomut sunt mai evidente, găsind un climat mai prielnic de dezvoltare decât la auzitor. Prin conținutul, variabilitatea și eficiența sa, cuvântul stimulează și îmbogățește nu numai gândirea și limbajul, dar și celelalte procese psihice mai mult decât le stimulează și le îmbogățește semnul mimico-gesticular. Prin noțiunea pe care o asigură treptat, el devine cel mai important integrator al experienței senzoriale și logice. Cu ajutorul cuvântului sunt acumulate și sistematizate în noțiuni atât rezultatele reflectării la nivelul treptei senzoriale a cunoașterii, cât și cele ce se obțin la nivelul treptei abstracte, generalizatoare” (*ibid.*, p. 88).

În opinia autorului citat, principalele trăsături ale gândirii surdului nedemutizat sunt (*ibid.*, pp. 146-149):

- **Concretismul (situativitatea):** judecățile și raționamentele sunt impregnate de empiric și intuitiv, datorită primatului perceptiv vizual, ceea ce limitează gândirea la datele experienței directe și personale. Surdul nedemutizat gândește situativ, fiindcă nu dispune de abstracțiuni superioare, de tip noțional, ci de imagini generalizate (conceptualizate), care împiedică desprinderea de concret și operarea formală.

- **Șablonismul:** surdul nedemutizat are tendința de a recurge la schemele operaționale deja însușite, chiar dacă situația impune o abordare nouă. Șablonismul *operațional* este întreținut de particularitățile limbajului mimico-gestual și ale gândirii iconice, îndeosebi de juxtapunerea neflexionară a semnelor în timpul comunicării și de sensul brut, lipsit de nuanțe, al imaginii asociate lor. Surdomutul aflat în curs de demutizare tinde și el să se servească de șablonul *verbal* fie pentru că acest model lingvistic a devenit echivalentul imuabil al unei anumite realități concrete („eticheta” imaginii), fie deoarece vocabularul său limitat nu cuprinde încă sinonime sau lexeme diferențiate pentru distincțiile particulare care trebuie făcute (e.g. „burniță”, „zloată” etc.), fie deoarece, prin generalizare, cuvântul nou însușit, menținându-și încă caracterul rigid, se extinde și asupra celorlalte elemente ale clasei noționale cu pricina.

- **Simplismul:** gândirea iconică are, așa cum s-a mai afirmat, un conținut elementar, insuficient evoluat, iar operațiile sale rămân impregnate de empirism. Dificultatea de a vehicula pe plan relațional concepte cu grad înalt

de complexitate și abstractizare este mult mai puțin nocivă decât incapacitatea de a face același lucru în plan mintal. Nu toate aspectele realității pot fi comunicate gestual sau imagistic și nu asupra tuturor se poate reflecta riguros fără cuvinte. Efortul suplimentar necesar codificării lingvistice și operării cu aceste simboluri iconice crește nivelul fatigabilității intelectuale și mărește tentația de a recurge la generalizări pripite sau la ajustări grosiere ale propriilor noțiuni empirice. Treptat se ajunge la o „demisie” de la solicitările intelectuale intense, implicate în învățarea școlară de tip înalt, ceea ce ar explica, poate, și frecvența mai redusă a tinerilor cu deficiență auditivă în învățământul superior comparativ cu cei având deficiență vizuală.

- *Îngustimea*: la surdul nedemutizat, convingerile se formează pe baza unui număr mic de informații, care nu întotdeauna sunt și de cea mai bună calitate (sub aspectul completitudinii, corectitudinii și generalizării). Din acest motiv, sunt frecvente erorile de înțelegere și comunicare ce se pot consolida în patternuri mintale și acționale defectuoase. Treptat, el devine tot mai puțin permeabil la explicații și îndrumări care contrazic sistemul său de reprezentări, concomitent cu scăderea interesului pentru argumentare logică, sistematică.

- *Inerția*: toate aceste caracteristici nu fac altceva decât să încetinească ritmul dezvoltării psihice și să cantoneze gândirea în seturi conceptuale și operaționale reticente la adaptare și schimbare. Simptomatologic, observăm manifestări specifice vâscozității genetice, cu diferența că, pe de o parte, acestea sunt mult mai atenuate decât la deficientul mintal, iar, pe de altă parte, că ele nu au o bază constituțională fermă.

Toate aceste trăsături ale gândirii surdului nedemutizat pot fi constatate în practică, însă se ridică o problemă de principiu: ele se raportează la un referențial comod nouă (o societate și o cultură dispunând de limbaj verbal oral și scris și de gândire noțional-verbală). Interogația fundamentală este cum ar sta lucrurile într-o societate a surzilor, în care auzitorii ar fi cei minoritari (și, prin urmare, cei obligați să se adapteze la mentalitatea surzilor). Oare s-ar manifesta, pe dos însă, aceleași acuze privitoare la gândirea liniară, discursivă, dominată de reprezentări construite mintal, în comparație cu gândirea holistică, nuanțată, iconică a celor fără auz? Evident, nu poate fi vorba decât despre un experiment mintal, însă, în condițiile unei societăți care militează din ce în ce mai mult pentru diversitate culturală și identitate personală, se impune o reconsiderare (rațională) a reperelor²⁶. Anumite inferențe logice (e adevărat, foarte precare) ne oferă analiza comparativă a limbilor și culturilor europene de inspirație greco-latină cu limbile și culturile orientale, în special cu limba și

²⁶ Sunt țări (Suedia, Franța, Marea Britanie etc.) în care învățământul prin limbaj mimico-gestual este recunoscut ca parte a sistemului general de instruire și educație și în care este respectată maniera favorită de comunicare a persoanelor surde (în administrația publică, mass-media etc.). Suedia, de pildă, recunoaște trei limbi naționale: *suedeza*, *sami* (limba comunității lapone) și *suedeza gestuală*.

cultura chineză (singura civilizație cu continuitate neîntreruptă din vremuri proto-istorice). Limba chineză utilizează un număr de circa 400 de silabe, acestea fiind unitățile fonetice complexe de bază, și 4 tonuri fundamentale (adică silabe pronunțate identic, dar nuanțate diferit, ceea ce determină sensul lor diferit). În memorarea cuvintelor este obligatorie pronunțarea exactă, respectând tonalitatea fixă a silabei, deoarece, spre deosebire de limbile indo-europene, tonul modifică esențial valoarea semantică a silabei. În limba chineză veche se remarcă identitatea dintre silabă, ca unitate fonetică, *hieroglifă*, ca unitate grafică, și *cuvânt*, ca unitate semantică, în timp ce în limba contemporană se manifestă tendința de evoluție către bisilabism și polisilabism, fără renunțarea la monosilabism. Cuvântul poate fi constituit din una, două sau trei silabe, fiecare fiind reprezentată printr-o hieroglifă²⁷. Polisilabismul s-a dovedit necesar o dată cu pătrunderea în China a științei și tehnicii occidentale, pentru care nu exista un vocabular consacrat. Invenția lexicală a impus prelucrări care, cum vom vedea, amintesc de cele specifice limbajului mimico-gestual. De exemplu, noțiunea de „lampă electrică” este redată grafic prin trei caractere, corespunzând noțiunilor de „fulger”, „abur” și „lumânare”. Această alăturare grafică „deschide pentru un cititor atent o întreagă lume de simboluri care aureolează imaginea banală a lămpii electrice: fulgerul ieșind dintr-un nor de ploaie, la primul caracter, aburii înălțându-se din oala cu orez, la al doilea caracter; focul și un recipient, sau focul și acțiunea de a urca, la cel de al treilea, sunt, desigur, imagini parazite, susceptibile de imprima o orientare difuză gândirii, fără nici un raport cu obiectul propriu-zis al notației, lipsite chiar de interes în cazul unui obiect modern, dar un exemplu atât de banal ne poate ajuta să ne reprezentăm în ce a constatat o gândire legată de evocarea unor scheme multidimensionale difuze, prin opoziție cu sistemul care a încătușat treptat limbile în fonetismul liniar” (A. Leroi-Gourhan, 1964, I, pp. 277-278).

Înțelegem mai ușor de ce, pe de o parte, întreaga cultură chineză (și, în special, filozofia) este impregnată de vizualitate și polisemantism, iar, pe de altă parte, de ce este atât de dificilă traducerea exactă a conceptelor, ideilor și sistemelor filozofice chinezești în limbi corespunzând unei alte organizări mintale. *Mutatis mutandis*, o potențială cultură a surzilor (care s-ar fi dezvoltat de sine-stătător) ar fi avut, cu siguranță, multe asemănări cu felul de reprezentare și înțelegere a realității (obiectuale și psihologice) specific orientului îndepărtat²⁸. De aceea, în opinia noastră, trăsăturile negative menționate mai sus se manifestă și se consolidează într-o cultură „croită” după abilitățile și

27 Cf. R. Yuan și I. Hoge-Velișcu (1996). *Limba chineză pentru români*. Beijing și București: Ed. Universității de Limbă și Cultură din Beijing/Ed. Grand, I, pp. 3-7.

28 Să nu uităm specializarea funcțională a cortexului cerebral drept, orientată către sinteză și configurație de tip iconic. În practica defectologică, aceasta este folosită atunci când se impune învățarea unor sisteme de comunicare nonverbală în situațiile în care limbajul verbal comun nu poate fi însușit (în anumite tulburări de tip afazic, gnozie sau autistic).

necesitățile majorității, adică ale populației cu auz normal și limbaj verbal constituit. În viitor însă, o dată cu implementarea reală a principiului „șanselor egale” și cu debutul normalizării societale, ne putem aștepta la schimbări radicale atât în ceea ce privește conceptul de „demutizare” în sine (evoluând către ideea de „demutizare mintală”), cât și natura raporturilor stabilite între persoanele cu auz normal și cele surde. În acest context, s-ar putea să asistăm la o reevaluare a ideii de inferioritate intelectuală în condițiile unei gândiri iconice și a unui limbaj mimico-gestual.

Derivând din motive expuse mai sus, nici însușirea scris-cititului nu este facilă, ceea ce justifică prelungirea învățării abecedarului și în anul școlar următor. Elevul surd nedemutizat trebuie să facă permanent o traducere din limbaj mimico-gestual în cel verbal scris și invers, fapt care se repercutează asupra calității exprimării sale grafice (atât sub raport morfo-sintactic, prin omisiuni, adăugiri, inversiuni sau fuzionări de litere, respectiv prin greșeli de topică și abundență a juxtapunerilor, cât și semantic, confuziile de sens fiind cele mai des întâlnite). După C. Manolache (1980, p. 153), „perceperea creatoare a textului de către surdomuți este deosebit de grea, datorită condițiilor speciale de dobândire a limbajului: a) fără posibilitatea perceperii laturii sonore a vorbirii; b) cu o exersare foarte limitată a comunicării active, vii, prin limbajul articulat; c) într-o izolare aproape completă a limbajului față de starea afectivă”.

Lipsa nuanțării semantice și nesesizarea „muzicalității” limbii fac ca latura expresivă a comunicării verbale (orale și scrise) să fie cvasi-nulă.

Pentru a încheia această expunere privind specificul vieții psihice la surdul nedemutizat, vom mai adăuga o completare referitoare la viața afectivă. Aceasta, fiind tributară unui sistem de gândire și unui sistem de comunicare, se socializează lent și cu dificultate, nivelul său rațional (sentimentele) fiind mai greu de atins și de stabilizat. Imaturitatea afectivă este parte a tabloului simptomatologic al preșcolarului surd, provenit din familie de auzitori, dar, spre deosebire de cazul debilității mintale, ea este recuperabilă, în contextul unui demers educativ și recuperator adecvat. Frustrarea generată de dificultatea și carențele în înțelegerea și performarea comunicării conduce la izbucniri emoționale pasagere, ceea ce întărește impresia de imaturitate. Mai mult, contrarierea manierei favorite de comunicare (mimico-gesticulația) poate da naștere unor stări emoționale negative ce nu fac decât să amplifice izolarea relațională și culturală a surdului nedemutizat. Pe de altă parte, atunci când există un anturaj cunoscător al limbajului mimico-gestual și, mai cu seamă, tolerant față de opiniile, interesele și trebuințele de comunicare și interacțiune ale copilului surd, afectivitatea acestuia se dezvoltă echilibrat, în ton cu dezvoltarea intelectuală și cea morală.

Copilul *surdovorbitor* reușește să compenseze satisfăcător toate acele trăsături negative la care ne-am referit, dar măsura în care stăpânește (competența) și poate folosi (performanța) instrumentul lingvistic verbal este

limitată. Chiar dacă și copiii surzi traversează etapa gânguritului, ei nu ajung la lalațiune datorită lipsei de interes pentru lumea sonoră. Aceasta nu înseamnă nicidecum că lumea surzilor este o „lume a tăcerii”. Pentru că marea lor majoritate percep totuși sunetele (de regulă, cele foarte puternice), îmboldul de a se servi de exclamații și onomatopee este firesc. Totuși, educarea vocii și exprimarea verbal-orală trebuie făcute în cadrul unui sistem organizat de activități aparținând procesului demutizării, și anume ortofonia. Prin urmare, o dată cu învățarea vorbirii se produce și o remaniere a schemelor perceptiv-motorii în sensul elaborării și consolidării acelor vizual-motorii și kinestezic-motorii asociate fonației. Prin metode și procedee adecvate este posibilă formarea unei vorbiri inteligibile chiar și la copilul cu hipoacuzie profundă, dar limbajul verbal oral nu este cu adevărat funcțional dacă nu este susținut de citirea labială (de pe buze) a fonemelor (deprindere formată în activitățile de labiolectură) și de suplimentarea informațională prin gestică. După C. Pufan (*op. cit.*, p. 96), „surdomuții în curs de demutizare întâmpină numeroase dificultăți în însușirea categoriilor morfologice ale limbii, mai ales datorită deosebirilor care țin de specificitatea limbajului cuvintelor și a celui mimico-gesticular. [...] Verbele creează cele mai multe dificultăți, datorită diferitelor schimbări în funcție de mod, timp și persoană”.

Deși gândirea sa atinge nivelul noțional-verbal, ea rămâne, în mod firesc, saturată de vizualitate.

Cel care se apropie cel mai mult de profilul psihologic specific grupei sale de vârstă este copilul cu *hipoacuzie ușoară* și *medie*, inclus de timpuriu în programe educative și recuperatorii personalizate. Acesta nu diferă prea mult, în planul dezvoltării mintale și sociale, de congenerii săi cu auz normal, având nevoie de protezare adecvată și de expunere la contexte educative și comunicaționale redundante (care să permită suplinirea informațiilor pierdute pe cale auditivă).

Într-un studiu recent dedicat relației dintre comunicare și personalitate la deficientul de auz, M. Popa (2001) constata că subiecții cu pierderi auditive mai mici aveau o imagine de sine centrată pe Eul psihologic precum și o capacitate proiectivă mai mare, existând perspectiva constituirii Eului social; cei cu pierderi auditive mari manifestau, din contră, slabe posibilități de proiecție a persoanei, ei centrându-se pe aspecte situaționale cu potențial de progres modest. „Efectul coroborat al deficienței de auz accentuate și al limbajului mimico-gestual influențează negativ fluența eului atât în plan real, cât și în cel proiectiv, influențează negativ structurarea imaginii de sine, sub aspectul eului fizic, cât și a celui psihic, conduce spre o inerție și lipsă de perspectivă în armonizarea propriului eu față de ceilalți printr-o slabă reprezentare a eului social” (*ibid.*, pp. 247-248).

Autoarea avansa și o serie de propuneri vizând 1) selecționarea mai atentă a elevilor repartizați la școlile pentru hipoacuzici și surzi; 2) adaptarea metodelor

de comunicare (verbală și mimico-gestuală) în raport cu nivelul pierderilor auditive și cu potențialul comunicațional primar al copiilor, și 3) utilizarea concomitentă a celor două forme de limbaj în vederea facilitării accesului la informație și a dezvoltării unei personalități echilibrate (*ibid.*, p. 251).

7. 4. STRUCTURA LIMBAJULUI MIMICO-GESTUAL

Trebuie spus, de la bun început, că există două forme de limbaj bazate pe gesturi, dar principial diferite între ele: limbajul *dactil* (ce folosește corespunzătoare gestuale ale fonemelor) și limbajul *mimico-gestual* (care are o structură ideografică). În alfabetul dactil, fiecărui semn executat cu ajutorul degetelor (dactilem) îi corespunde un singur fonem. Aceste dactileme nu sunt altceva decât transpuneri ale vorbirii sau scrierii în formă gestuală, motiv pentru care ele constituie al treilea tip de limbaj verbal. Ele se înlănțuie aidoma literelor într-un cuvânt și, la fel ca semnele lingvistice, sunt arbitrare, adică independente de semnificațiile pe care le codifică. Comunicarea dactilă intermediază trecerea de la non-verbal la verbal în cursul procesului demutizării și constituie ulterior un sprijin indispensabil în precizarea sensului și completarea exprimării orale sau grafice. Dactileme sunt semne artificiale, concepute expres de către specialiști, diferind relativ puțin de la țară la țară (la noi, de pildă, se practică dactilarea cu o singură mână).

Limbajul mimico-gestual are, însă, alt tip de structură, ce face dificilă constituirea unei gândiri noțional-verbale în locul celei iconice. Pe de altă parte, „mimico-gesticulația surdomutului dispune de caracteristici semnalizatoare specific umane. Îndeplinind rolul de limbaj, mimico-gesticulația posedă funcția de comunicare, precum și pe cea de cunoaștere; ea sprijină dezvoltarea gândirii, fiind în interdependență cu gândirea în imagini (specifică surdomutului) și exprimă rezultatele gândirii în imagini” (C. Pufan, *op. cit.*, p. 56).

În lucrarea citată, Constantin Pufan analizează pe larg structura acestei forme de comunicare, indicând atât avantajele, cât și dezavantajele sale. Astfel, dacă comunicarea prin gesturi și mimică este superioară celei verbale sub aspectul vitezei și adresabilității, ea este inferioară celei din urmă în ceea ce privește conținutul, precizia și gradul de abstractizare. Există o geneză naturală a gesturilor, pe care practica socială le selectează, le rafinează și le perpetuează (nu numai la surzi, ci și la auzitori). Altele sunt gesturi artificiale, care corespund, de regulă, unor concepte abstracte, și sunt golate de vreun conținut intuitiv. Raportul dintre gesturile naturale și cele artificiale se modifică o dată cu maturizarea psihică și socială, reflectând schimbările în plan intelectual și relațional ale persoanei surde. Astfel, dacă la sfârșitul preșcolarității domină gesturile naturale și indicatoare (85 %, comparativ cu cele artificiale – 10 % și dactilemele – 5 %), în perioada tinereții apare o echilibrare (40 % gesturi naturale, 45 % gesturi artificiale și 15 % dactileme).

Dimitrie Rusceac (Rusticeanu) (1932²⁹) oferă următoarea clasificare a gesturilor (adaptată de noi după C. Pufan, *op. cit.*, pp. 82-83):

I. Gesturi naturale:

A. Simple:

- *demonstrative* (indicatoare): indicarea obiectului aflat în câmpul vizual al interlocutorilor; mai desemnează persoanele prezente, relațiile spațiale etc.;
- *imitative*: schițarea unei acțiuni (a mânca, a bea, a dormi, a plânge etc.);
- *descriptive*: schițarea unei forme (de exemplu, conturul unei ferestre);
- *plactice*: schițarea mai detaliată a unui obiect, ființă, fenomen, întrebuițând propriul corp;
- *metonimice*: prin referirea la o parte frapantă (dar nu neapărat esențială) a obiectului semnat (e.g. reunirea palmelor sub forma unui acoperiș, ca gest distinctiv pentru „casă”).

B. *Compuse*: prin alăturare de gesturi (e.g. alăturarea gesturilor pentru „aripi” și „floare” desemnează fluturile).

II. Artificiale: concepute fără suport intuitiv (e.g. „defectolog”).

III. **Convenționale**: derivate din gesturi naturale și artificiale. „În mimico-gesticulație, prin elementul-gest obiectul nu e redat niciodată prin totalitatea trăsăturilor sale; din totalul trăsăturilor obiectului (ale imaginii lui), surdomutul selectează una sau un număr foarte restrâns. Obiectul este redus astfel la unul sau câteva aspecte intuitive, care vor deține rol de simbol. Ca element al limbajului, simbolul gestual devine în mod treptat factorul care asigură acumularea și exprimarea experienței legate de un anumit obiect sau de o întreagă categorie. Se constată că trăsăturile pe care le menționează surdomutul în mimico-gesticulație, în legătură cu un obiect sau altul, nu sunt întotdeauna cu necesitate caracteristice. De multe ori ele sunt considerate caracteristice pentru obiectele la care se referă numai de către surdomuți” (*ibid.*, p. 86).

Așa, de pildă, semnul pentru „pește” este reproducerea mișcării cozii, cel pentru „fată” se referă la cercei, iar cel pentru „bani” seamănă întrucâtva cu numărul bancnotelor. Una din marile probleme este omonimia, mai ales în ceea ce privește categoriile gramaticale (e.g. gestul de a tăia semnifică acțiunea în sine, dar și „cuțit” sau „tăios”), ce, altminteri, sunt sărăcăcios reprezentate (substantivele nu au cazuri, verbele nu se declină, pronumele personale se confundă cu cele posesive etc.). În plus, caracterul ideografic al gesturilor determină o proliferare a numărului lor, ceea ce generează dificultăți în memorare și reactualizare. Făcând o comparație între avantajele comunicării prin vorbire ori prin mimico-gesticulație, I. Tucker și C. Powell (1991, p. 61) conchideau că „rezultatul net pare să arate că procentul de exprimare al înțelesului lingvistic este aproximativ același cu cel al limbajului vorbit, astfel încât, în practică, timpul de transfer al aceleiași cantități de informație este sensibil egal”.

²⁹ D. Rusceac (1932). *Limbajul mimico-gesticular*. Cernăuți: Autor.

C. Pufan (*op. cit.*, p. 82) clasifică gesturile în naturale, artificiale și digitale (dactileme), la care adăuga semnele indicatoare și semnele evocatoare. Acestea din urmă sunt frecvent folosite în etapa inițială a demutizării, pentru a-i reaminti elevului sunetul la care se face referire. Gesturile compuse apar destul de rar în economia comunicării, iar cele artificiale rămân necunoscute sau particulare pentru o bună parte dintre surzi. Mai mult, nerecunoașterea legitimității limbajului mimico-gestual în perioada comunistă a condus la o dialectizare a acestuia, chiar până la nivel de unitate școlară (deoarece copiii învățau semnele unii de la alții). De abia în anul 1992 este publicat primul dicționar/sistematic ilustrat³⁰, iar, cu începere din 2002, la Catedra de Psihopedagogie Specială a Facultății de Psihologie și Științele Educației din cadrul Universității din București, se predă un curs specializat în această materie.

Dactilemele și mimico-gesticulația nu se exclud reciproc, ci se completează. Chiar și la surzi, anumite aspecte (*e.g.* numele de familie, numele unor produse comerciale, denumirile unor străzi sau instituții etc.) nu pot fi reproduse decât dactil. Utilizarea cotidiană a mimico-gesticulației de către persoanele surde este compensată de apelul la citit-scris și, ocazional, de oralitate.

7. 5. FORME ALE INTERVENȚIEI COMPENSATOR-RECUPERATORII ÎN DEFICIENȚELE AUDITIVE

Intervențiile compensator-recuperatorii, în deficiențele de auz, sunt de trei feluri: a) chirurgicale; b) protetice; c) psihopedagogice.

- Cele *chirurgicale* au drept scop remedierea sau ameliorarea deficiențelor cu origine organică precizată, ceea ce înseamnă că posibilitățile de intervenție sunt limitate și depind de o serie întreagă de factori. În principiu, surditățile de transmisie sunt operabile, dacă nervul auditiv este indemn iar procesele inflamatorii sau degenerative otice lipsesc. Intervenția chirurgicală este recomandată și în cazul implantului cohlear (monocanal și multicanal), metodă de protezare ce dă rezultate abia după derularea unui program de educare a auzului fonematic și de îmbunătățire a pragului diferențial acustic. Deoarece rezultatul funcțional depinde de pre-existența unor reprezentări auditive, implantul cohlear este mai eficient la persoanele cu surditate dobândită (dar nu mai devreme de 3-4 ani).

- Intervențiile *protetice* constau fie în metoda mai sus amintită a implantului cohlear, fie în purtarea unei proteze, tipul și configurația acesteia fiind stabilite în urma unui consult de specialitate. Protezele auditive, ca dispozitive de amplificare a sunetelor, au o serie de parametri tehnici care le diferențiază. Astfel,

³⁰ Iulia Drăguțoiu (1992). *Limbajul mimico-gestual. Dicționar ilustrat bilingv*. Sibiu: Arhiepiscopia Sibiului.

sunt proteze care se poartă la nivelul corpului (în buzunar), dimensiunile lor mai mari oferind posibilități mai bune de nuanțare a amplificării. Unele sunt pe sistem IR (infraroșu), limitate la spații restrânse, fără obstacole interpușe între persoana emițătoare și cea receptoare, în timp altele beneficiază de emisie în bandă FM (radio), ceea ce impune rezervarea oficială a unor frecvențe pentru deficienții de auz (pentru a nu interfera cu alte sisteme de emisie-recepție). În fine, cele mai cunoscute sunt protezele retroauriculare (analogice sau digitale), precum și cele intraauriculare (digitale). Cele retroauriculare au avantajul că pot fi purtate și de către copii, oliva (mulajul care etanșeizează urechea externă și conține un tub acustic de legătură cu partea de amplificare) trebuind schimbată pe măsură ce aceștia cresc, deoarece pavilionul urechii își modifică dimensiunile. La persoanele cu defecte iremediabile ale urechii externe se recomandă proteze adaptate conducerii osoase. Este foarte important de știut că proteza în sine nu îmbunătățește automat auzul. Este necesară întâi o perioadă de acomodare cu aceasta (obositoare și stresantă datorită amplificării nederențiate a sunetelor și lipsei adaptării audiției), iar apoi un program de educare a ascultării (adică de diferențiere a stimulilor sonori semnificativi de zgomotul de fond și de identificare a fonemelor). În cazul integrării școlare, zgomotul de fond, distanța până la vorbitor și reverberația constituie principalele impedimente ale utilizării eficiente a protezelor auditive. Ceilalți factori ce influențează randamentul ascultării țin de cadrul didactic (stilul său de predare) și de natura activităților de învățare (I. Tucker și C. Powell, *op. cit.*, pp. 153, 156).

• Intervențiile *psihopedagogice* sunt de mai multe feluri și ele trebuie îmbinate într-o strategie compensator-recuperatorie care să fructifice restantul auditiv și sporul în amplificare oferit prin protezare. Fundamental este sistemul de activități cunoscut sub numele de *demutizare*. Pentru L. Măescu-Caraman și A. Caraman (1983, p. 9), demutizarea se definește ca fiind „un ansamblu de activități de învățare (de formare și dezvoltare a comunicării prin limbaj) a copiilor cu insuficiențe grave de auz”, aceste activități fiind „individuale și de grup, cu conținuturi și tehnici de lucru specifice și diferențiate, ce se desfășoară pe tot parcursul programului zilei, în context situațional variat, în orele de clasă și în afara acestora, în școală și în familie” (*ibid.*).

I. Stănică, E. Ungar și C. Benescu (1983, p. 22) înțelegeau demutizarea drept „un proces complex de însușire a limbajului verbal (oral și scris) cu mijloace proprii surdo-pedagogiei, pe baza compensării funcționale a auzului deficitar prin folosirea organelor de simț nealterate, în scopul realizării comunicării atât sub aspectul recepției, cât și [sub cel] al emisiei”.

Pentru L. Măescu-Caraman și A. Caraman (*op. cit.*, p. 16), activitățile de structurare a limbajului, potrivit cadrului în care se desfășoară, pot fi împărțite în două mari categorii:

- activitățile-exerciții, ce se organizează în context natural-situativ, implicând parcurgerea momentelor din programul zilnic al copiilor, și
- activitățile de învățare în clasă, în condițiile orei școlare.

Tematica corespunzătoare le grupează în:

- activități de învățare a dialogului uzual, curent sau ocazional, și
- activități de învățare a enunțurilor verbale complexe de tip „cuvânt-propoziție”.

În cazul activităților de structurare a limbajului la micii școlari, autorii formulează o serie de obiective prioritare, dintre care amintim (*ibid.*, pp. 16-17):

- evaluarea, în sinteză, a achizițiilor verbal-comunicative inițiale ale copiilor și a dinamicii evoluției acestora pe parcursul programului exersării;
- însumarea datelor asupra verificării potențialului perceptiv (vizual, auditiv, vibrotactil) și fonoarticulator al copiilor;
- inițierea copiilor în perceperea (corectă și rapidă) a mesajului (oral sau scris) în asociere cu suportul concret: acțiune, obiect, imagine, precum și identificarea promptă a suportului concret denumit prin enunț;
- inițierea copiilor în emiterea unei structuri verbale, prin imitare și independent, și obținerea unei verbalizări corecte semantic și inteligibilă ca formă;
- formarea deprinderii de a asocia curent mesajului verbal oral forma scrisă a acestuia;
- punerea unei întrebări, în mod independent;
- formarea deprinderii de a se integra activ în dialog, asociind gesticii naturale verbalizări orale simple etc.

C. Pufan (1982, pp. 42-43) constată că „orice cuvânt debutează în demutizare, până spre clasele mari ale școlii generale pentru surzi, ca echivalent sau etichetă a unei singure imagini. Carențele de tip sinonimic ale gesturilor surdomuților de vârstă mică îi determină pe aceștia să considere că la un obiect sau la o anumită acțiune nu poate fi raportat decât un singur cuvânt. Consecințele unui asemenea punct de vedere nu întârzie, căci în primele faze ale demutizării se manifestă cu pregnanță imobilitatea operațională și tendința de ‘conservare’ în accepție strict particulară a unor cuvinte izolate sau în contexte ca: mama, tata, fratele, casa, școala, cartea, Ileana citește, Băiatul taie lemne cu toporul ș.a.”.

Ortofonia, pe de altă parte, are drept scop învățarea deficientului de auz să emită corect fonemele³¹ limbii într-o structură articulată morfosintactic și purtătoare de semnificație. Sarcinile ortofoniei (*apud I. Stănică et al., op. cit.*, p. 75) constau în:

- formarea și exersarea respirației verbale (necesară fonației);
- exersarea organelor implicate în fonație și pregătirea lor pentru impostare;
- educarea sensibilității vibrotactile³² și interacțiunea analizatorilor;

³¹ „Numim *fonem* unitatea sonoră care nu poate fi analizată în unități mai mici și succesive și care servește pentru a diferenția un cuvânt de altul [...] sau o formă gramaticală de alta [...]. În fonem, trăsăturile distinctive sunt combinate într-o unitate simultană” (Al. Rosetti și A. Lăzăroiu, 1982, p. 28).

³² V. Mare (1971) oferă unele date experimentale referitoare la perceperea vorbirii pe cale vibrotactilă.

- exersarea și dezvoltarea acuității auditive, în condițiile unei bune protezări;
- formarea și educarea auzului fonematic;
- emiterea și formarea vocii;
- emiterea, exersarea, consolidarea și automatizarea fonemelor (concomitent cu activitatea de corectare a celor deficitare însoțite);
- învățarea elementelor prozodice ale limbii (ritm, accent, intonație).

Principiile activităților ortofonice sunt următoarele (*apud* I. Stănică, E. Ungar și C. Benescu, *op. cit.*, pp. 23-24):

- Însușirea pronunției se face concomitent cu înțelegerea și îmbinarea conștientă a cuvintelor în propoziții și a propozițiilor în fraze.
- Activitatea este conștientă, dirijată sistematic și consimțită de către elevi (se pornește de la structuri cu sens, iar răspunsurile solicitate trebuie să fie gândite și exprimate cât mai corect).
- Activitatea are caracter oral (conținuturile fiind receptate atât auditiv, cât și labiovizual).
- Tehnicile ortofonice se aplică individual și individualizat;
- Activitățile iau în considerare valențele compensatorii ale celorlalte procese psihice.
- Durata activităților nu trebuie să depășească 15-20 min., pentru evitarea monotoniei și a suprasolicitării.
- Demersul ortofonic se desfășoară continuu și etapizat.
- Exercițiile trebuie diversificate în raport cu dificultățile manifestate în pronunțare.
- Evaluarea rezultatelor trebuie să se facă în activitate (formativ).

I. Stănică, E. Ungar și C. Benescu (*op. cit.*, p. 11) arătau că, dacă la auzitor compararea modelului verbal-motric cu modelul auditiv stocat mnezic „conduce la o asociere corectă și trainică a modelului verbal-motric cu modelul verbal-acustic” (motiv pentru care auzitorul este capabil să pronunțe corect și fără să-și audă vocea), „la deficienții de auz procesul autoreglării vorbirii pe această cale este exclus deoarece, neexistând un model acustic, nu se poate realiza transferul modelului acustic în model verbal-motric”.

Totuși, la surzi apare asocierea dintre modelul verbal-motric și imaginea labiovizuală corespunzătoare. „După ce ambele modele (verbal-motric și labiovizual) sunt corect asociate și bine fixate în memorie, componenta vizuală, singură, poate declanșa mișcări verbal-motrice corespunzătoare” (*ibid.*).

Tehnicile ortofonice pornesc la principiul *construcției* schemelor fonarticulatorii și, de aceea, se deosebesc întrucâtva de cele strict logopedice, adaptate pentru corectarea pronunției la subiecții cu auz normal. Iată de ce vom insista puțin asupra acestui subiect.

Trebuie spus, pentru început, că o activitate destinată elaborării vorbirii nu se rezumă la exerciții de impostare a fonemelor, căci, dacă orice performanță verbală survine unei competențe de aceeași factură, atunci, pe toată durata

desfășurării programului ortofonic dar mai cu seamă în ședințele inițiale, o parte din bugetul de timp este alocată formării și educării auzului fonematic. Fără discriminarea precisă a fonemelor auzite și fără înțelegerea modului în care micile diferențe articulatorii determină deosebiri mari de sens (ca în cazul cuvintelor paronime), atunci copilul nu va conștientiza importanța unei pronunții exacte și chiar a unei accentuări exacte (ca în perechea „vêselă – veselă”).

Un alt aspect de care trebuie să se țină cont este slaba capacitate pulmonară a copiilor cu pierderi auditive mari și foarte mari. Respirația lor este superficială, iar controlul voluntar al ritmului respirator – destul de modest. O simplă măsurare spirometrică dovedește cât de puțin își folosesc copiii surzi resursele respiratorii, fapt explicabil prin lipsa fonației. Șt. Gîrbea și G. Cotul (1967, p. 320) notau că „la surdomuții deveniți surdovorbitori se observă (prin laringo-stroboscopie) o imagine parezică tipică a laringelui: absența ocluziei în partea posterioară, coardele cu margini nedistincte și o amplitudine vibratorie exagerată. În această situație, hipotonia coardelor vocale este consecutivă absenței aferențaiilor auditive. De asemenea, la un surd cohlear unilateral s-a observat (laringoscopic) o hipotonie permanentă homolaterală”.

Prin urmare, înainte de a se trece la emiterea vocii, sunt obligatorii exercițiile respiratorii, care, treptat, trebuie să includă și elemente fonatorii (respirația verbală). Emiterea și educarea vocii constituie o parte importantă a activităților ortofonice. Pentru început, fixarea registrului vocal normal necesită o permanentă reglare (din partea specialistului defectolog) și autoreglare (din partea copilului surd), lucru posibil prin raportarea la un reper vibrotactil reprezentat de rezonanța toracică sau traheală a vocii ortofonistului. Copilul surd poate compara rezonanța propriei voci cu cea etalon ținând o mână pe gâtul defectologului iar pe cealaltă pe gâtul propriu. În acest mod pot fi controlate atât amplitudinea și tonalitatea vocală, cât și durata emisiei sonore. Cel mai supărător fenomen este bitonalismul (alternarea registrelor în timpul vorbirii), dar cel mai frecvent este diminuarea intensității vocii (*fading* vocal) în cursul articulării, astfel încât, de multe ori, sfârșitul unei propoziții devine inaudibil.

Ulterior consolidării emisiei vocale și distincției între inspirația mută și expirația fonatorie, se trece la diferențierea calităților fono-articulatorii ale fonemelor. Tot edificiul fonematic depinde de calitatea vocalei „a”, considerată de I. Ciorănescu, pe bună dreptate, ca „diapazon al întregii vorbirii”³³. Triunghiul vocalic „a-o-u” joacă un rol important în obținerea unui registru vocal adecvat, propice combinațiilor consonant-vocalice de mai târziu. Prima silabă, „pa” (emisă spontan chiar și de către copiii cu hipoacuzie profundă), reprezintă, conform măsurătorilor fonometrice³⁴, binomul fonetic cel mai ușor de diferențiat și, deci,

³³ „Curs dactilografiat, ținut cursanților defectologi în anii 1938-1940” (Universitatea din București).

³⁴ Cf. Roman Jakobson și Morris Halle (1965). *Fundamentals of Language*. Gravenhage: Mouton.

de pronunțat (datorită contrastului mare dintre o consoană ocluzivă bilabială surdă și o vocală deschisă, nelabială, sonoră). O serie de opoziții fonologice (cf. R. Jakobson, 1963) ghidează alcătuirea sistemului fonematic: ocluziv (consoană) – fluid (vocală); surd – sonor; oral – nazal etc. Categoria cea mai dificilă este cea a siflantelor și africatelor (atât datorită dificultăților articulatorii, cât și celor de discriminare vibrotactilă și acustică), iar cea mai greu de obținut este vibranta „r”, mulți deficienți de auz substituind-o cu vibrația palatului moale („r” graseiat). Învățarea vorbirii este îngreunată de fenomenul *coarticulației*. Acesta (apud Al. Rosetti și A. Lăzăroiu, 1982, pp. 91-93) constă într-o adaptare mutuală a sunetelor învecinate în scopul realizării fluentei fono-articulatorii. Astfel, diftongii și triftongii, ca și grupuri consonantice precum „pl”, „br”, „ng”, „str”, „ntr” se pronunță unitar, trebuind predate uneori ca entități în sine. Poziționarea limbii se poate face cu ajutorul spatulei și a sondelor din trusa logopedică, existând diferite soluții pentru facilitarea pronunției anumitor consoane (Ț. Țârdea, 1974).

Labiolectura (sau citirea de pe buze) constă în „perceperea vizuală a limbajului verbal sub formă orală după mișcările vizibile ale organelor fonatoare și după fizionomia interlocutorului” (I. Stănică *et al.*, *op. cit.*, p. 177). „În procesul citirii labiale ies în evidență, în mod deosebit, trei componente psihice: 1) vizuală; 2) verbo-motorie; și 3) înțelegerea (gândirea). Aspectul acestor trei componente principale în citirea labială nu este constant; el diferă în raport cu gradul de însușire a limbii. Între aceste componente există însă întotdeauna o strânsă legătură, care se stabilește în perioada demutizării. În raport cu deficiența și cu gradul de automatizare a vorbirii, elementul vizual va pune direct în acțiune fie procesele de interpretare și înțelegere, fie elementul verbo-motor și gândirea, în același timp” (I. Stănică, E. Ungar și C. Benescu, *op. cit.*, p. 211).

Astfel, trei sunt formele distincte de receptare labiovizuală (care se constituie și ca etape succesive în însușirea citirii de pe buze) (*ibid.*, pp. 211-213):

- *Labiolectura ideo-vizuală* (anterioară demutizării): componenta vizuală (constând în perceperea mișcărilor faciale și labiale) activează în mod direct gândirea, permițând realizarea unei înțelegeri rudimentare a comunicării, pe baza gestalt-ului perceptiv. Fonemele nu pot fi identificate ca atare, ci se rețin anumite mișcări mimico-labiale (aparținând, de regulă, primei silabe) asociate anumitor semnificații. Experiența personală și contextul favorizează înțelegerea esenței mesajului.
- *Labiolectura vizual-fonetica* (din cursul demutizării): componenta vizuală activează nu numai gândirea, dar și kinesteziile verbo-motorii (formate și exersate în cursul activităților de ortofonie), ceea ce mărește rata de recunoaștere a silabelor ori chiar a fonemelor foarte vizibile labial. Aceasta se explică prin aceea că, în cursul exercițiilor de impostare, se stabilesc multiple corespondențe între labioleme (imaginile labiale ale fonemelor) și mișcările de poziționare necesare articulării lor, precum și între acestea și sensul celor exprimate.
- *Labiolectura ideo-vizual-fonetica* (accesibilă surdovorbitorului): componenta vizuală stimulează concomitent gândirea și kinesteziile verbo-motorii, înțelegerea având loc în context.

După autorii citați (*ibid.*, p. 218), „există și cazuri (mai rare) de surzi cu IQ ridicat, dar cu o labiolectură mediocră, în timp ce alții, cu un nivel intelectual și școlar inferior, se dovedesc dotați în ceea ce privește posibilitatea de labiolecturare”.

Trebuie să precizăm că, indiferent de performanțele labiolecturale, fonelele nu au același grad de vizibilitate pe buze. Astfel, sunt sunete perfect vizibile („o”, „p”, „l” etc.), sunete parțial vizibile („s”, „t” etc.) și sunete invizibile („h”). Mai mult, fenomenul coarticulației complică recunoașterea labiovizuală (de exemplu, pronunția cuvântului „cocoș” este aproape neinteligibilă labiolectural, datorită asemănării vizuale foarte mari dintre fonemele „c” și „o”). Omonimele vizuale nu pot fi diferențiate decât în context (consoanele surde de cele sonore, ocluzivele bilabiale de consoanele nazale etc.). Din acest motiv, recepția labiovizuală este întotdeauna lacunară, numai contextul comunicării și repetările sub o altă formă a ideilor ajutând la precizarea sensurilor. Mai trebuie menționate și o serie de recomandări adresate cadrelor didactice care au în clasă elevi deficienți de auz (I. Tucker și C. Powell, *op. cit.*, p. 98):

- labiolectura este mai ușoară în condițiile unei bune iluminări;
- labiolectura este mai ușoară dacă profesorul vorbește normal, fără emfază și fără modificări de timpou;
- labiolectura este foarte dificilă dacă locutorul se plasează pe un fond luminos (de exemplu, în fața unei ferestre);
- labiolectura este foarte dificilă dacă profesorul se plimbă prin clasă sau întoarce capul către un elev sau altul;
- labiolectura este imposibilă dacă profesorul vorbește în timp ce scrie pe tablă.

Materialele didactice adaptate și mijloacele moderne de învățământ (retro-proiector, computer etc.) facilitează receptarea comunicării și înțelegerea conținuturilor transmise. În surdopedagogie sunt practicate trei metode principale de învățare a labiolecturii: metoda sintetică (globală), metoda analitică și metoda mixtă, fiecare cu variantele ei³⁵.

³⁵ Pentru detalii, v. I. Stănică (1965). *Labiolectura*. București: E.D.P.

DEFICIENȚELE VIZUALE

8. 1. DEFICIENȚELE VIZUALE: DIAGNOZĂ ȘI CLASIFICARE

Depistarea și încadrarea taxonomică corectă a deficiențelor vizuale face parte din activitățile medicului oftalmolog, motiv pentru care ne vom referi la acest subiect doar în scop informativ. Așa cum aplicațiile surdodidacticii trebuie să țină cont de specificul deficiențelor auditive, la fel și cele ale tiflodidacticii¹ depind esențial de diagnosticul și prognosticul medical. *Examenul oftalmologic*² include examinarea corneei (pentru depistarea modificărilor de curbura, structură, transparentă), examinarea irisului (pentru constatarea alterărilor de culoare, structură, poziție, motilitate), examinarea pupilei (dimensiune, formă, poziție, culoare, reacții pupilare), examinarea cristalinului (transparentă, structură, motilitate), examinarea corpului vitros (pentru evidențierea opacităților vitreene), examinarea fundului de ochi (în scopul studierii papilei optice, a vascularizației și a câmpului retinian). Alte explorări vizează refracția oculară, tensiunea oculară, acuitatea vizuală, câmpul vizual, percepția cromatică.

Principalii indici funcționali sunt:

- *acuitatea vizuală* (capacitatea ochiului de a percepe distinct forma, mărimea și detaliile obiectelor situate la distanță, precum și de a discrimina între două obiecte foarte apropiate între ele³);
- *câmpul vizual* (aria de cuprindere vizuală a unui ochi ce privește fix un reper central).

Acuitatea vizuală centrală este dată de celulele cu conuri din regiunea centrală (fovea centralis) a zonei maculare retiniene (cele care oferă vederea cea mai clară), în timp ce vederea periferică este asigurată de restul elementelor fotosensibile. Senzația de lumină depinde de lungimea de undă și de energia radiației incidente, iar fiecare culoare corespunde unei anumite lungimi de undă. Intensitatea luminii necesare declanșării unei senzații luminoase variază cu

¹ Din termenii grecești *typhlosis* („orbire”) și *didasko* („a instrui”, „a educa pe cineva”).

² Apud F. Fodor și Pop D. Popa (1991).

³ „Infinitul” oftalmologic reprezintă distanța de la care nu mai este solicitată acomodarea oculară (5 metri); puterea de separare maximă depinde de distanța dintre două elemente fotoreceptoare alăturate (*minimum separabile*).

suprafața de retină implicată. Dacă aceasta din urmă este mică, excitantul trebuie să fie mai puternic; dacă însă suprafața este întinsă, valoarea stimulului poate fi chiar mai mică decât valoarea-prag, deoarece însumările stimulărilor subliminare pot determina în final declanșarea unui potențial de acțiune în fibra nervului optic. Pentru a se obține senzația de lumină, stimulul trebuie să aibă o durată minimă de cinci sutimi de secundă (în condițiile unei iluminări slabe). De asemenea, ținând cont de timpul de refacere a substanței fotochimice, intervalul minim de timp între doi stimuli succesivi (pentru celulele cu conuri) este de 1/15-1/20 secunde. O frecvență mai rapidă generează iluzia continuității (principiu aplicat în cinematografie). Senzațiile ce compun funcția vizuală sunt formate din senzația de lumină, senzația de formă și senzația de culoare. Vederea binoculară este rezultatul fuzionării într-o imagine unică a celor două imagini retiniene (F. Fodor și Pop D. Popa, 1991, p. 31). Diferența de unghi dintre acestea creează efectul de vedere „în relief”. Examinarea acuității vizuale se realizează cu ajutorul optotipurilor (tabele ce conțin simboluri alfanumerice și imagini schematice, ordonate descrescător ca mărime, de sus în jos, și care trebuie percepute de la distanțe variind între 50 și 5 metri; literele sunt astfel dimensionate încât să corespundă minimului separabil al maculei lutea de la distanța menționată în dreptul lor). Literele rândului inferior, cu înălțimea de 7 mm (fiecare element constitutiv având grosimea de 1,4 mm), trebuie privite de la distanța de 5 metri, sub un unghi de 5'. În dreptul fiecărei litere este trecută o fracție al cărei numărător reprezintă distanța de la care se face examinarea și al cărei numitor este distanța de la care poate fi citită litera rândului respectiv de către un ochi emetrop (normal). Iluminarea optotipului trebuie să fie uniformă și constantă, iar pupila ochiului examinat trebuie să aibă dimensiuni normale. Examinarea se face de la o distanță de 5 metri, începând cu ochiul cel mai afectat sau, convențional, cu cel drept. Dacă pacientul nu poate citi de la această distanță, el este rugat să se apropie până ce literele (semnele) devin lizibile. Aparatele de tip Dioptron simplifică actualmente procedura și asigură o acuratețe superioară a măsurării. Acuitatea vizuală se exprimă sub formă de fracție ordinală sau zecimală și servește drept criteriu principal al clasificării după grade a deficiențelor de vedere⁴ (*ibid.*, pp. 74-75). Limitele câmpului vizual se măsoară cu ajutorul perimetrului, iar deficitele vizuale din aria periferică (scotoamele periferice) pot fi evidențiate prin examinarea la perimetru sau la campimetru. Determinarea deficitului central (scotom central) ridică unele probleme datorită incapacității pacientului de a fixa reperul cu privirea (ceea ce impune folosirea stereoscopului, cu separarea artificială a câmpurilor vizuale).

⁴ Citirea ultimului rând de la distanța de 5 metri denotă o acuitate vizuală normală ($A.V. = 5/5 = 1$). Dacă același rând poate fi citit de la distanța de 3 metri, atunci $A.V. = 3/5$. Suplimentar, se determină o *acuitate vizuală cinetică* (pentru corpuri în mișcare) și o *acuitate vizuală profesională* (minimul vizual necesar prestării unei ocupații care nu necesită performanțe oculare deosebite ca în mecanica fină, micro-electronică etc.).

Prin angioscotometrie se determină eventualele deficite ale câmpului vizual datorate eferențelor vasculare papilare⁵ (*ibid.*, pp. 75-78). Se disting un câmp vizual monocular și un câmp vizual binocular. Limitele fiziologice ale câmpului vizual pentru lumina compusă (obișnuită) sunt: 80-90° temporal și infero-temporal, 60-80° inferior, 45-55° superior și 55-60° nazal (proeminențele formațiunilor anatomice învecinate fiind răspunzătoare de scăderea valorilor). Pentru culori, limitele câmpului vizual sunt mai reduse cu circa 10° pentru albastru, 20° pentru roșu și 30° pentru verde. În condiții patologice, pot exista îngustări concentrice sau sectoriale ale câmpului vizual (regulat concentrice, neregulat concentrice, tubulare) (*ibid.*, pp. 33, 35). Examenul senzației cromatice se poate face prin diverse procedee (de denumire, de discriminare, de egalizare, de comparare/asortare). Cele mai cunoscute sunt tabelele pseudoizocromatice Ishihara, ce conțin patru serii de planșe: prima serie (cuprinzând primele 9 planșe) este citită diferit de subiecții normali în comparație cu cei la care simțul cromatic este afectat; seria a doua (incluzând planșele 10-17) nu poate fi citită decât de către subiecții normali; seria a treia (planșele 18-21) permite numai celor cu vedere cromatică normală să distingă cifrele; seria a patra (planșele 22-25) a fost concepută pentru diferențierea diagnostică între protanopsie sau anomalia Dalton (lipsa de percepție a culorii roșii) și deuteranopsie sau anomalia Nagel (lipsa de percepție a culorii verzi), dar nu și pentru tritanopsie (lipsa de percepție a culorii albastre). În fine, prin echografie (unidimensională și bidimensională) se pot obține informații referitoare la eventualele procese patologice de la nivelul globului ocular și al orbitei.

Clasificarea deficiențelor de vedere, cel puțin în domeniul tiflopsihipedagogiei, ia în considerare două criterii: momentul instalării afecțiunii vizuale și gradul acesteia.

În funcție de momentul apariției pierderii de vedere, distingem *deficit vizual congenital* (fiind crucial de știut dacă este vorba de o cauză ereditară sau prenatală) și *deficit vizual dobândit* (acesta survenind timpuriu, în mica copilărie, respectiv tardiv). De asemenea, este important de precizat dacă procesul patologic răspunzător de pierderea de vedere este evolutiv, conducând la agravarea deficienței și chiar la orbire, ori a dispărut, lăsând în urmă sechelele depistate la examenul oftalmologic. Uneori, pierderea de vedere se instalează brusc (intoxicații cu metanol, accidente oculare), alteori procesul este lent dar ireversibil (cum se întâmplă în glaucom): În majoritatea situațiilor deficiența este singulară (pură), dar sunt și cazuri în care ea se asociază cu tulburări de auz (sindromul Usher) și mintale (sindromul Hunter). Poate fi monoculară sau binoculară (simetrică/asimetrică). În cazul din urmă, clasificarea ia în considerare deficitul vizual cel mai scăzut.

⁵ Angioscotomul este proiecția umbrelor vasculare respective și se prezintă sub forma unei serii de scotoame ce emerg din pata oarbă (pata lui Mariotte), forma și întinderea lor adaptându-se vaselor ce ies din papilă (*ibid.*, p. 78).

Normele OMS⁶ prevăd următoarea clasificare a deficiențelor acuității vizuale (în fracții zecimale și ordinare), cu cea mai bună corecție (compensare) posibilă:

- A.V. 0,8 sau mai bună (5/6, 1; 20/25, 20/20): vedere normală;
- A.V. mai mică de 0,8 (sub 5/6; 20/25): deficit ușor;
- A.V. mai mică de 0,3 (sub 5/15; 20/80): deficit mediu;
- A.V. mai mică de 0,1 (sub 5/50; 20/200): deficit sever (cecitate legală, în unele țări);
- A.V. mai mică de 0,05 (sub 5/100; 20/400): deficit profund;
- A.V. mai mică de 0,02 (sub 5/300): cecitate practică (p.m.m.: *perceptio motu manu*, respectiv p.l.: *perceptio lux*);
- A.V. 0: cecitate absolută (s.p.l.: *sine perceptio lux*).

Ambliopia⁷ denumeste generic deficitul mai mare de 50% al acuității vizuale, iar cecitatea⁸ se referă la pierderi de cel puțin 98% ale acuității vizuale. Ambliopia ușoară implică pierderi ale vederii cuprinse între 0,5 și 0,3 (adică între 50 și 70%), cea medie între 0,3 și 0,1 (70-90%), iar cea accentuată între 0,1 și 0,05 (90-95%). Copiii cu ambliopie ușoară pot fi școlarizați alături de elevii cu vedere normală, pe când cei cu ambliopie medie sunt orientați către școala de ambliopi. Ceilalți merg la școala pentru nevăzători. „Sunt cuprinși totuși în școlile pentru ambliopi copii cu A.V. mai mare de 0,2, dar monoftalmi sau cu afecțiuni evolutive și, în general, dacă au nevoie de o protecție specială. De asemenea, sunt repartizați la școala pentru nevăzători copii cu A.V. mai mare de 0,05, dar al căror prognostic indică pierderea inevitabilă în scurt timp a vederii” (M. Ștefan, 2000, p. 27).

Evident, repartizările trebuie individualizate și revizuite periodic. Ambliopia poate avea cauze organice sau funcționale.

Aceleași norme OMS indică următoarele tipuri de deficiențe ale câmpului vizual:

Diametrul câmpului vizual:

- C.V. între 60° și circa 120° (deficit ușor);
- C.V. între 20° și aproape 60° (deficit mediu);
- C.V. între 10° și aproape 20° (deficit sever);
- C.V. între 5° și aproape 10° (deficit profund);
- C.V. 5° sau mai mic (deficit cvasi-total);
- C.V. 0 (deficit total).

„Eficiența vizuală reală nu este rezultatul simplei însumări a indicilor funcționali, ci al activării lor în raport cu diferiți factori intelectuali, motivaționali, deprinderi etc. Eficiența vizuală este diferită de acuitatea vizuală; ea depinde de toți parametrii vederii, precum și de interacțiunea reflex-condiționată a analizatorilor, realizată prin analiza și sinteza corticală” (Anca Rozorea și I. Mușu, in I. Stănică *et al.*, 1997, p. 201).

⁶ Apud G. Popescu și O. Pleșa (1998, p. 69).

⁷ *Amblys* (gr.), „tocit”, *opsis* (gr.), „vedere”.

⁸ *Cæcitas* (lat.), „orbire”.

8. 2. ETIOLOGIA DEFICIENȚELOR VIZUALE

Diversele boli și deficiențe localizate la nivelul organului vizual afectează direct sau indirect, parțial sau total, temporar sau permanent funcția vizuală. Totuși, nu există întotdeauna o relație de proporționalitate între nivelul pierderii de vedere și gravitatea leziunilor organice (cazul ambliopiei funcționale). Cunoașterea exactă atât a etiologiei incriminate, cât și a indicațiilor și contraindicațiilor afecțiunii răspunzătoare de deficiența de vedere reprezintă o condiție *sine qua non* a activității tiflopsihopedagogice. Mircea Ștefan (*op. cit.*, p. 31) nota, de altfel, că „nu este vorba numai de a ne adapta la diagnoza și prognoza medicală, dar și de a combate, în măsura posibilului, prin activitatea noastră educativ-recuperatorie, acțiunea nocivă a unor factori cauzali”.

Deși ni se impune ca întreg, funcția vizuală reprezintă o cumulare calitativ superioară a mai multor subfuncții. Cele mai importante, în sistematizarea lui M. Ștefan (*ibid.*, p. 17), sunt:

- subfuncția de formare a imaginii optice (datorată mediilor refringente);
- subfuncția de receptare a imaginii (datorată celulelor cu conuri, respectiv a celor cu bastonașe de la nivelul retinei);
- subfuncția de transmite a imaginii sub forma influxului nervos (datorată celor doi nervi optici, care se intersectează la nivelul chiasmei optice);
- subfuncția de fuzionare a imaginilor provenite de la cei doi ochi (datorată zonei primare de proiecție corticală);
- subfuncția de construire a percepției vizuale (datorată ariilor corticale secundare).

Factorii care perturbă una sau mai multe dintre subfuncțiile enumerate sunt, în fapt, răspunzători de deficiențele constatate la diferitele paliere ale analizatorului vizual. Aceștia au efect temporar sau permanent, singular sau cumulat, și se împart în:

- *organici*: ereditari și de mediu (cu acțiune în perioada prenatală, neonatală sau postnatală);
- *funcționali*: implicând deficit de organizare și/sau integrare ierarhică, atât în cazul recepției stimulilor vizuali, cât și în cel al constituirii schemelor psihomotrice efortului;
- *extraoculari*: grupând toate influențele de tip psihologic, social, educațional, economic etc.

O categorie etiologică aparte o constituie *anomaliile oculare congenitale*. După F. Fodor și Pop D. Popa (*op. cit.*, p. 11), „prin anomalie congenitală se înțelege o modificare morfologică, morfo-funcțională sau metabolică determinată de acțiunea prenatală a unui agent, care se manifestă la naștere sau ulterior în viața postnatală”⁹.

⁹ Cf. P. Cernea (1988, p. 12): „anomalii morfologice, morfo-fiziologice sau metabolice care se manifestă la orice nivel de organizare (organic, tisular, celular, subcelular), la naștere sau în viața postnatală; sunt determinate de acțiunea prenatală a unui agent cauzal (factori genetici sau factori din mediul extern) sau de acțiunea lor corelată”.

Anomaliile oculare congenitale se datorează fie unor maladii ereditare (e.g. retinopatia pigmentară în sindromul Usher), fie diverșilor factori nocivi care afectează fătul. Ele se clasifică după cum urmează¹⁰:

- *anomalii oculare congenitale precoce*:

se manifestă încă de la naștere; pot fi consecința unor embriopatii (datorate defectelor de organogeneză) sau a unor fetopatii (datorate defectelor de diferențiere);

- *anomalii oculare congenitale tardive*:

se observă în cursul vieții (de regulă în timpul copilăriei și al adolescenței); pot fi rezultatul unor histopatii (afecțiuni la nivel tisular) sau al unor enzimopatii (tulburări la nivel molecular). „Caracterul anomaliilor congenitale oculare este determinat în primul rând de faza de dezvoltare (a embrionului sau a fătului) în care a acționat factorul teratogen, și apoi de natura noxei înseși” (*ibid.*, p. 12).

Anomaliile congenitale sunt depistate la nivelul fiecărui segment al analizatorului vizual, motiv pentru care ele nu vor fi analizate separat. De asemenea, nici factorii organici ori cei funcționali nu vor fi tratați aparte, deoarece orice modificare morfologică determină inevitabil disfuncții vizuale. Prin urmare, o clasificare după criteriul clinic, pe lângă faptul că este operațională, se dovedește și mai convenabilă din punct de vedere didactic. Astfel (*apud* F. Fodor și Pop D. Popa, *op. cit.*), distingem¹¹:

1. Tulburări ale motilității oculare:

- tulburări ale vederii binoculare: diplopia¹², neutralizarea¹³, vederea alternantă¹⁴, vederea simultană¹⁵;

¹⁰ Cf. P. Cernea (*op. cit.*), F. Fodor și Pop D. Popa (*op. cit.*).

¹¹ Conținutul notelor explicative este, de asemenea, bazat pe lucrarea citată.

¹² Tulburare a vederii binoculare ce apare atunci când imaginile unui obiect se formează în puncte retiniene necorespondente, datorită devierii axei optice a unuia dintre ochi. Imaginea care corespunde ochiului fixator (formată în maculă) este imaginea reală, în vreme ce imaginea ochiului deviat (formată extramacular) este falsă.

¹³ Fenomen de inhibiție (parțială sau totală), la nivel cortical, a imaginii provenite de la un ochi, având drept consecință instalarea unei ambliopii funcționale. Neutralizarea este o reacție de contracarare a diplopiei.

¹⁴ Imaginile provenite de la cei doi ochi alternează în funcție de ochiul fixator.

¹⁵ Deși percepția imaginilor este simultană, acestea nu fuzionează.

- tulburări ale echilibrului oculo-motor: heteroforia (strabismul latent) și heterotropia (strabismele manifeste) ¹⁶, nistagmusul ¹⁷.

2. Tulburări ale refracției oculare:

- defecte ale refracției statice: miopia, hipermetropia și astigmatismul ¹⁸;
- defecte ale refracției dinamice: astenopia acomodativei ¹⁹, spasmul acomodativei ²⁰, paralizia acomodativei ²¹;

¹⁶ Termenul de *ortofofie* desemnează paralelismul axelor globilor oculari, expresie a unei stări de echilibru a motilității oculare datorată tonusului mușchilor oculomotori, controlați cortical. În *heteroforie*, deviația axelor este intermitentă, iar ortofofia aparentă este menținută doar printr-un efort muscular suplimentar care păstrează fuziunea imaginilor. În *heterotropie* însă, deviația oculară este permanentă. Sunt descrise două forme: strabismul concomitent și strabismul paralitic.

¹⁷ Tulburare oculomotorie manifestată prin mișcări involuntare oscilatorii, mai mult sau mai puțin ritmice, ale globilor oculari. Nistagmusul se caracterizează în funcție de durata ciclurilor oscilatorii, amplitudinea acestora, intensitatea lor, conjugarea oculară, direcția oscilațiilor. Nistagmusul poate fi acompaniat de oscilații sincrone ale capului, generate de aceleași cauze.

¹⁸ *Emetrop* este ochiul normal din punct de vedere al refracției luminii. *Ametropiile* reprezintă tulburări ale focalizării razelor de lumină pe retină și se datorează fie defectelor geometriei oculare (ametropiile sferice), fie anomaliilor dioptrului ocular (ametropiile asferice). Defectele de geometrie constau în modificări ale axului antero-posterior (ametropii axiale), iar anomaliile dioptrului ocular (corneea, umoarea apoasă, cristalinul și corpul vitros) sunt cauzate atât de defecte ale razelor de curbură corneeană / cristaliniană (ametropii de curbură), cât și de alterări ale valorii indicelui de refracție al unuia dintre mediile refringente (ametropii de indice). *Miopia* este un viciu de refracție în care focarul razelor de lumină se formează înaintea retinei. Cele mai frecvente sunt miopiile axiale. După modul de evoluție, se diferențiază *miopia benignă* sau miopia „școlarilor” (evoluând progresiv până la vârsta de aproximativ 20 de ani, când se stabilizează; nu depășește 6-7 dioptrii și nu prezintă complicații), respectiv *miopia malignă* (cu caracter ereditar; se agravează progresiv, uneori atingând valori de 20 până la 40 dioptrii; apar modificări degenerative oculare). *Hipermetropia* este o ametropie în care razele luminoase sunt focalizate înapoia retinei. Există o hipermetropie fiziologică pasageră (de 2-3 dioptrii, la naștere). Forma totală prezintă o componentă manifestă (corectabilă prin lentile) și o alta latentă (mascată de procesul de acomodare). Hipermetropiile mici (până la 3 dioptrii) și medii (între 3 și 6 dioptrii) sunt ametropii de corelație, în timp ce hipermetropia mare (până la 10 dioptrii) este de componentă, fiind însoțită, de regulă, și de alte tulburări. *Astigmatismul* este o ametropie de curbură, în care razele de lumină incidente nu sunt focalizate într-un singur punct, ci într-o serie de puncte (focar linear), fiecare meridian al mediilor refringente având propriul său focar. Se distinge un tip *regulat* (simplu, compus, mixt), respectiv un tip *neregulat*. *Anizometria* reprezintă asimetria refracției binoculare, unul dintre ochi fiind emetrop iar celălalt ametrop, ori ambii ochi fiind ametropi dar în proporții diferite.

¹⁹ Fatigabilitate a mușchiului ciliar care, în unele cazuri, apare după câteva minute de la începutul acomodării pentru vederea de aproape.

²⁰ Contractură permanentă a mușchiului ciliar datorată iritării terminațiilor nervoase parasimpatice, conducând la instalarea unei miopii spasmodice. Se manifestă printr-o vedere clară de aproape, cu imposibilitatea de a vedea clar la distanță.

²¹ Paralizie a mușchiului ciliar ce imobilizează ochiul în starea de refracție statică.

• opacifieri și alte afecțiuni ale mediilor refringente: la nivel *corneean* (anomalii congenitale; traumatisme; inflamații – keratitele²² –; distrofii corneene²³; cicatrice²⁴; tumori); la nivel *irian* (anomalii congenitale: colobom²⁵, aniridie²⁶, poliorie²⁷, heterocromie iriană²⁸; traumatisme ale parenchimului irian și/sau ale corpului ciliar; formațiuni tumorale; tulburări pupilare²⁹); la nivel *cristalinian* (anomalii congenitale: afakie³⁰, colobom³¹, ombilicație³², ectopie³³; cataracte³⁴); glaucom³⁵.

²² *Keratite exogene*: ulcerul serpiginos, ulcerul marginal, keratomicoza, keratita lagoftalmică, keratitele virale etc.; *keratite endogene*: keratita parenchimatoasă sifilitică, keratita tuberculoasă, keratita leproasă.

²³ *Heredo-familiale* (ce pot afecta membranele limitante anterioară și posterioară ale parenchimului corneean); *dobândite* (keratomalacia etc.).

²⁴ Opacități definitive și staționare apărute în urma refacerii prin țesut cicatriceal opac a zonelor corneene afectate de un proces patologic. Pot fi neectatice: nefelionul (opacifiere difuză, fină, subțire, aproape invizibilă cu ochiul liber în condiții de lumină difuză), macula (opacitate limitată, mai accentuată, de culoare cenușie sau albicioasă, care determină o scădere mai accentuată a vederii mai ales când este situată în dreptul regiunii pupilare), leucomul (opacitate cicatriceală groasă, de întindere variabilă, de culoare cenușie sau alb-sidefie ce duce la dispariția totală a transparenței corneene în zona de elecție; poate fi parțial sau total), și ectatice: stafilomul corneean (proeminență opacă, de culoare negricioasă). Prin *ectazie* se înțelege dilatarea temporară sau permanentă a unui organ cavitat sau tubular (*MDE, s.v.*).

²⁵ Lipsă a unei porțiuni din zona inferioară a irisului; i se asociază frecvent colobomul coroidei și al cristalinului.

²⁶ Lipsă totală a irisului.

²⁷ Existența mai multor pupile pe suprafața irisului.

²⁸ Irisul unui ochi are altă culoare decât irisul celuilalt ochi. *Cf.* termenul popular „ceacâr”.

²⁹ Statice: modificări de culoare, formă, poziție, mărime (midriază/mioză), simetrie (anizocorie); dinamice: modificări ale reflexului fotomotor. *Hipusul* constă dintr-o succesiune rapidă de contracții și dilatări ale pupilei, fără modificări corespunzătoare ale iluminării ambientale sau convergenței oculare.

³⁰ Consecință a exerezei chirurgicale a cristalinului sau a luxației acestuia în corpul vitros. Afakia desemnează și lipsa congenitală a cristalinului.

³¹ Fisură sau depresiune a ecuatorului cristalinian.

³² Depresiune a suprafeței (posterioare, în special) a cristalinului.

³³ Anomalie de poziție. I se asociază adesea alte malformații oculare sau somatice.

³⁴ *Congenitale*: grupă de opacifieri cristaliniene evolutive sau neevolutive, totale sau parțiale, dezvoltate în cursul vieții intrauterine a copilului și diagnosticate la naștere sau mai târziu; *dobândite*: traumatică, patologică (în afecțiuni sistemice precum diabetul), senilă.

³⁵ „Prin glaucom se înțeleg unele condiții patologice al căror simptom comun este creșterea tensiunii intraoculare” (*ibid.*, p. 292). Denumirea provine de la cuvântul grecesc *glaukos* („verde marin”), aluzie la culoarea pe care o capătă ochiul afectat. „Glaucomul se datorează dificultății circulației umorii apoase, ceea ce duce la ridicarea tensiunii intraoculare; în consecință, se alterează în mod semnificativ pupila nervului optic, cauzând scăderea vederii, modificarea câmpului vizual, deseori orbirea, mai ales în cazurile neglijate”. Se descriu trei forme: glaucom primar (cronic simplu, respectiv congestiv), secundar și absolut („cap de meduză”).

3. Tulburări ale percepției retiniene:

- anomalii congenitale: depigmentarea din albinism, fibroplazia retrolenticulară, formațiuni tumorale etc.;
- afecțiuni degenerative: retinopatia pigmentară, degenerescenta maculară din idioția amaurotică etc.; dezlipirea de retină (fenomen patologic cu etiologie multiplă);
- afecțiuni inflamatorii: periflebita retiniană (hemoragia recidivantă a tinerilor) etc.;
- afecțiuni traumatice: angiopatia traumatică a retinei (cauzată de traumatisme craniene sau compresii toracice puternice), fototraumatisme (fotocoagulare a fundului de ochi în timpul observării neprotejate a eclipselor solare sau expunerii la lumină intensă – *e.g.* flacăra de sudură), contuzii directe etc.;
- afecțiuni vasculare: embolii ale arterelor retiniene (cu pierderea rapidă a vederii), hiperemie retiniană (colorație mai intensă a fundului de ochi), edem retinian, hemoragii (datorate unor afecțiuni cardiovasculare generale);
- tulburări ale sensibilității vizuale: de adaptare (hemeralopia³⁶, nictalopia³⁷, ebluisarea³⁸); de percepție a culorilor (discromatopsii congenitale/dobândite³⁹, agnozii cromatice⁴⁰).

4. *Afecțiuni ale nervului optic*: traumatisme (lezări, secționări), atrofi, inflamații (papilita⁴¹, nevrita optică retrobulbară), edeme (staza papilară), tumori (meningoame, gliome).

5. Afecțiuni orbitare și ale organelor anexe:

- afecțiuni ale orbitei: anomalii de dezvoltare (meningocelul și meningoencefalocelul orbitei⁴², chistul dermoid etc.), procese infecțioase (celulita orbitală, abcesul orbital, flegmonul orbital, complicațiile orbitare ale sinuzitelor, osteoperiostitele acute/cronice etc.), traumatisme (fracturi directe, corpi străini, plăgi perforante, contuzii), boli vasculare, miopatii, tumori;
- afecțiuni ale globilor oculari (congenitale sau dobândite): microftalmie și anoftalmie congenitală; exoftalmie sau enoftalmie; traumatisme (contuzii, plăgi perforante cu sau fără corpi străini, arsuri termice, chimice sau actinice etc.);

³⁶ Incapacitate de adaptare la întuneric.

³⁷ Afecțiune congenitală care se manifestă printr-o vedere mai bună în condiții de iluminare slabă, și mai redusă la o iluminare puternică; i se asociază fotofobie și acromatopsie.

³⁸ Jenă vizuală tranzitorie și dureroasă, însoțită de o diminuare a funcției vizuale, provocată de un exces brusc de lumină ce contrariază efortul de adaptare oculară (*e.g.* „orbirea” automobiliștilor, pe timp de noapte, de către farurile unui vehicul aflat pe contrasens).

³⁹ Discromatopsiile sunt tulburări ale senzației cromatice, manifestate prin confuzii ale culorilor. Acromatopsia (incapacitatea de a percepe culorile) se întâlnește rar, este ereditară, și i se asociază diminuarea acuității vizuale, fotofobie extremă, nistagmus.

⁴⁰ Imposibilitatea de a recunoaște o culoare, deși receptorii retinieni sunt integri.

⁴¹ Inflamație a nervului optic care afectează zona bulbară a acestuia.

⁴² Hernie congenitală (prin planșeul cranian deschis în orbită) a meningelor, însoțite sau nu de encefal.

- afecțiuni ale pleoapelor: anomalii congenitale (anchiloblefarom⁴³ și blefarofimoză⁴⁴, entropion congenital⁴⁵, colobom palpebral⁴⁶, epicant), procese inflamatorii (blefarite, abces palpebral), traumatisme, tumori; tulburări de dinamică palpebrală;

- afecțiuni ale membranei conjunctivale: anomalii congenitale, procese inflamatorii acute sau cronice (e.g. trahomul sau conjunctivita granuloasă), afecțiuni degenerative, traumatisme, tumori;

- afecțiuni ale glandelor lacrimale (care stânenesc percepția vizuală).

M. Ștefan (*op. cit.*, p. 53 *sqq*) se referă și la cauzele *sociale* și *educaționale* care predispun la apariția, consolidarea și amplificarea deficiențelor de vedere. Acestea sunt, în genere, specifice populațiilor defavorizate și nu alterează în mod necesar sănătatea și dezvoltarea normală a funcției vizuale, însă, prin efectul debilitant și morbigenetic pe care îl au, contribuie semnificativ la creșterea incidenței și gravității afecțiunilor oculare.

8.3. SPECIFICUL VIETII PSIHICE LA PERSOANELE CU DEFICIENȚĂ DE VEDERE

Spre deosebire de deficienții de auz, cei de vază (mai ales dacă au restant vizual bun) sunt capabili să-și însușească vorbirea și să-și dezvolte o gândire noțional-verbală de un înalt nivel operațional. De altfel, încă din perioada antichității înțelepciunea era considerată drept atribut al orbirii, întruchipând detașarea obiectivă de superficialitatea și efemeritatea imaginii și deschiderea reflectivă către universul interior. Totuși, carențele informaționale primare (să nu uităm că prin vază ne parvin 90% din datele realității fizice) nu pot fi suplinite numai prin aportul celorlalte modalități senzoriale sau prin reprezentările transmise social. De aceea, apar diferențe semnificative între modul de structurare a realității la persoanele cu cecitate congenitală și cele cu cecitate survenită (după vârsta de 3-4 ani și, în special, după anii școlarizării primare și secundare). În ceea ce privește restantul vizual, dificultățile apar în fiecare fază a actului perceptiv (detecție, discriminare, identificare și interpretare), diminuând șansele unei reprezentări complete și precise. La subiecții ambliopi, aplicarea probei desenării figurii complexe a lui Rey (pe care am amintit-o în capitoul șase) a pus în evidență faptul că percepția lor vizuală este lipsită în mare parte de instantaneitate și automatizare. Ei au nevoie de mai multe fixări ale privirii și de

⁴³ Absența deschiderii fantei palpebrale; poate fi parțial sau total și se rezolvă chirurgical.

⁴⁴ Insuficiență deschidere a fantei palpebrale înspre unghiuri (care sunt sudate).

⁴⁵ Răsfrângere în interior a marginii libere a pleoapei inferioare, ciliii fiind orientați către conjunctiva bulbară și corneea (pe care le irită în timpul clipitului). *Ectropionul* constă în răsfrângerea în afară a marginii libere sau a întregii pleoape.

⁴⁶ Lipsă de substanță (de formă triunghiulară, cu baza la marginea liberă a pleoapei, interesând toate straturile acesteia).

mai multe reveniri pentru a percepe suficient și a reține informația. „În condițiile ambliopiei, datorită particularităților explorării vizuale, a limitelor funcționale ale 'zonei de lucru a ochiului' și a recepției vizuale deficitare, imaginea perceptivă rămâne în mare măsură imprecisă, parțiară, cețoasă, ceea ce are repercusiuni negative și asupra memoriei vizuale operaționale și asupra structurării perceptiv-motorii a spațiului grafic” (V. Preda, 1992, p. 37).

Prin urmare, „copilul ambliop trebuie să facă apel la un efort suplimentar de concentrare, de mobilizare a experienței sale optice anterioare, pentru a fi în măsură să opereze cu imaginea vizuală” (W. Roth, 1973, p. 89).

Bidimensionalitatea desenelor și reproducerile la scară nu fac decât să-l deruteze pe ambliop, care nu are o reprezentare corectă și completă a obiectului real, în mărime naturală. Rezultatele diferă mult în raport cu complexitatea obiectului percepției, cu nivelul restantului vizual, cu cantitatea și calitatea reprezentărilor deja achiziționate, cu deprinderile de explorare vizuală și cu condițiile generale în care se desfășoară activitatea perceptivă (Ștefan, 1981, p. 25). La nevăzători, percepția vizuală este înlocuită de celelalte simțuri, îndeosebi de cea auditivă și cea tactilă. Exersarea deosebită a acestor modalități vicariante poate lăsa impresia falsă că se îmbunătățesc valorile pragurilor senzoriale absolute. În realitate, este vorba despre antrenarea celor două simțuri, în condițiile unei atenții bine focalizate, ale unor interese cognitive stabile și precise și ale unei memorii active și fiabile. Referitor la reprezentările vizuale, acestea se formează, la ambliopi, pe calea obișnuită, în raport de restantul vizual și de capacitatea de valorificare a acestuia, iar la nevăzători, prin intermediul celorlalte simțuri (cu limitările inerente). Dintre toate, reprezentările spațiale sunt cele mai precare, cu dificultăți majore în aprecierea distanțelor mari și a raporturilor dintre obiectele macroscopice inabordabile perceptiv (*e.g.* forme de relief, ansambluri arhitecturale, mulțimi mari de oameni etc.). Pe de altă parte, „hărțile mintale”, extrem de precise, demonstrează o foarte bună reprezentare a spațiului explorat. Acestea au o componentă motrică substanțială, la care se adaugă ceilalți indici (acustici, tactili, osmici). Hărțile mintale sunt permanent completate și reactualizate, conferind nevăzătorilor un excelent simț al orientării. Pe de altă parte, plasarea lor într-un mediu străin, aglomerat de felurite obstacole (statice sau în mișcare) și poluat sonor, le creează o stare confuzională acută, amplificată de teama firească față de locuri necunoscute. De asemenea, deplasarea în spații deschise este foarte problematică, atâta timp cât nu există repere distincte (sonore etc.) care să ofere un ghidaj minimal. Sunt unii practicieni care sunt chiar de părere că nu ar trebui încurajată utilizarea câinilor însoțitori deoarece astfel s-ar diminua efortul voluntar de orientare al nevăzătorilor, ducând, în cele din urmă, la instalarea unei stări de dependență.

Gândirea și limbajul se fundamentează pe datele experienței senzoriale, rafinate sub formă de reprezentări, dar și pe baza *input*-ului verbal, elaborat social.

Din păcate, decalajul dintre concret și abstract, dintre iconic și verbal, dintre direct și mediat nu poate fi umplut cu simple cuvinte. „Noțiuni, judecăți și raționamente corecte sub raportul generalizărilor verbale pot fi formale din punctul de vedere al sprijinirii lor pe componentele concrete. Unii elevi nevăzători pot opera corect cu noțiuni despre obiecte și fenomene, pot generaliza și abstractiza la niveluri superioare, dar, când li se cere să descrie conținutul concret al generalizărilor și abstractizărilor exprimate, ei fie că nu cunosc acest conținut, fie că-l exprimă greșit sau cu lacune esențiale” (D. Damaschin, 1973, p. 108).

Pe de altă parte, V. Preda (1994, pp. 19-20) remarca faptul că „deși cecitatea creează dificultăți în apariția operațiilor spațiale (infralogice), ea nu este, totuși, un obstacol în achiziția lor. Mai multe conduite ale nevăzătorilor sunt întotdeauna comparabile cu cele ale văzătorilor și nimic nu ne autorizează să credem că lumea nevăzătorilor este extrem de eterogenă și fundamental diferită de cea a văzătorilor, și aceasta atât în domeniul logic, cât și în domeniul spațial. Într-adevăr, chiar dacă aprehensiunea tactil-kinestezică la copiii nevăzători este însoțită de o oarecare deficiență în unele sectoare cognitive, datorită lipsei aprehensiunii vizuale, această deficiență nu corespunde, totuși, decât unor rămăneri în urmă care pot fi ulterior depășite prin demersurile instructiv-formative și compensatorii”.

Fiabilitatea crescută a memoriei deficienților vizuali trebuie pusă pe seama antrenamentului zilnic, neavând o legătură cauzală directă cu pierderea de vedere propriu-zisă. Nevăzătorii se străduiesc să memoreze elementele esențiale ale unei experiențe de învățare sau de viață cotidiană, fiind conștienți de faptul că ocaziile de explorare directă sunt reduse ca frecvență și durată și că de multe ori acestea devin irepetabile. Având rol compensator evident, memoria logică se dezvoltă în conformitate cu necesitățile individuale de cunoaștere și orientare spațială, ca și cu cele de comunicare și interrelaționare umană.

Personalitatea subiecților cu deficiență de vedere congenitală sau survenită precoce este, în genere, echilibrată. Aspirațiile sunt conforme cu capacitățile dovedite ale individului, deși uneori apar tendințe de autodeprecieri, mai cu seamă în urma unor comparații defavorabile cu performanțele văzătorilor. Exagerarea caracterului verbal al proceselor intelectuale în contextul precarității experienței vizuale poate conduce uneori la opinii și convingeri nerealiste sau la atitudini reticente față de anumite relații ce contrazic sistemul reprezentărilor deja achiziționate. Rezolvarea disonanțelor cognitive nu este verificată perceptiv vizual, ceea ce determină câteodată false soluții. Din aceste motive, uneori li se reproșează nevăzătorilor inflexibilitatea atitudinală exagerată și o anumită infatuare ce derivă din aceasta.

În cazul celor cu cecitate survenită brusc (în urma unor accidente sau boli, de pildă), se remarcă inițial o dezechilibrare puternică a personalității, însoțită de trăiri afective negative paroxistice ce pot conduce la reclusiune, defetism și chiar suicid. Aceste persoane pierd dintr-o dată toate reperele fixate de-a lungul unor ani întregi, precum și deprinderile automatizate asociate acestora.

Treptat, în urma unor programe de reeducare ce nu se rezumă numai la valorificarea restantului vizual (dacă acesta există) și la activarea modalităților compensatorii, ci și la restructurarea întregului stil de viață, persoanele în cauză încep să capete abilitățile necesare orientării spațiale și prestării unei meserii adecvate, ajungând ca, pe baza reprezentărilor vizuale anterior receptate, să depășească destul de rapid și de satisfăcător limitările impuse de deficiență. Uneori, extrem de rar, sunt și cazuri de redobândire, pe cale chirurgicală, a vederii de către persoane care nu au văzut niciodată. Procesul anevoios de acomodare la lumină și la lumea vizuală dovedește, o dată mai mult, că simpla percepție nu este suficientă. Actul complex al privirii depășește senzorialitatea, implicând toate procesele cognitive și motivația, în contextul unei reprezentări mintale a lumii.

8. 4. STRUCTURA SISTEMULUI BRAILLE

Acest sistem de scriere punctiformă în relief a fost inventat de către Louis Braille în 1825, pus în aplicare pentru prima oară în 1829 și generalizat în 1949, ca sistem universal de scriere pentru deficienții de vedere, de către Consiliul Mondial Braille (*apud* Șt. Pop *et al.*, 1964, p. 239). Sistemul are la bază așa-numita „grupă fundamentală”, alcătuită din șase puncte în relief, dispuse pe două coloane verticale și trei rânduri orizontale. Prin combinații diferite ale celor șase puncte ale grupei fundamentale se obțin cele 63 de semne ale sistemului Braille, utilizate nu numai pentru transpunerea grafemelor din scrierea în alb-negru, dar și pentru notarea cifrelor, a semnelor de punctuație, a simbolurilor matematice, a notelor muzicale. Pentru a ușura perceperea și diferențierea tactilă a literelor (mai corect ar trebui spus „a tactilemelor”), autorul le-a distribuit în decade, fiecare având un principiu propriu de construcție. Dacă în prima decadă combinațiile se rezumă la cele patru puncte superioare, la fiecare din cele zece semne care o formează adăugarea punctului 3 (cel din poziția stânga-jos) dă naștere celei de-a doua decade. Decada a treia rezultă în urma adăugării punctului 6 (cel din poziția dreapta-jos) la semnele decadei precedente, iar dacă se omite punctul 3 dar se păstrează punctul 6 se obțin semnele decadei a patra. Semnele de punctuație, cifrele și celelalte simboluri sunt redată conform unor reguli asemănătoare. „Ceea ce este esențial, din punct de vedere fiziologic, în recepția tactilă, nu este atingerea și presiunea ca atare, ci fenomenul distorsiunii suprafeței cutanate. Cercetările fiziologice arată că, atunci când apăsarea se produce pe o suprafață mai mare, distorsiunea maximă se observă în părțile situate la marginea suprafeței supuse presiunii. Când însă apăsarea se exercită asupra unor zone mici, distorsiunea maximă se observă direct pe locul unde a fost aplicat excitantul. În cazul citirii tactile, punctul fiind mic, distorsiunea pe vârful degetului se produce exact pe locul de contact al pielii cu punctele în relief ale literelor” (*ibid.*, p. 243).

Punctul în relief are o elevație de 0,5 mm și o grosime de 1 mm și este de formă conică. Între două puncte alăturate (pe verticală sau orizontală), distanța este de 2,2 mm. Există, de altfel, norme riguroase privind dimensiunile și distanțele dintre puncte, și acestea variază puțin de la țară la țară.

Învățarea alfabetului Braille este destul de facilă, deși apar frecvente confuzii între semne datorate, pe de o parte, asemănării lor, și, pe de altă parte, precipitării în citire și scriere. „În însușirea și utilizarea scrisului Braille de către nevăzători se manifestă o serie de particularități care decurg din specificul alfabetului Braille (punctiform și în relief), din interpunerea între scriptor și foaia de scris a unui instrument – placa de scris –, din specificul elementelor psihomotrice implicate în scris și o serie de alte aspecte individuale ale subiectului scriptor” (Gh. Enache, 1990, p. 183).

Mai nou, folosirea mașinilor de scris în Braille sau a computerelor (*Versabraille*) degreveză nevăzătorul de necesitatea învățării „în oglindă” a alfabetului, dar îl și împiedică să scrie în absența acestor instrumente. „Schema motorie se consolidează mai greu decât imaginea tactilă, întrucât la ultima cititorul ia contact prin intermediul palpării directe cu litera scrisă, pe când în formarea schemei motorii contactul direct lipsește, el realizându-se prin instrumentul cu care se înțeapă punctele – punctatorul” (*ibid.*).

Scrierea cu ajutorul punctatorului diminuează viteza din cauza orientării de la dreapta la stânga a literelor, caracterului discontinuu al mișcărilor, preciziei cerute în execuție, reorientărilor frecvente pe placa de scris. Cele mai antrenate componente ale psihomotricității în scrierea Braille sunt precizia, rapiditatea, forța și coordonarea (*ibid.*, p. 184).

Etapele învățării alfabetului Braille sunt următoarele (*apud* D. Damaschin, *op. cit.*, pp. 149-150):

- *Etapa preabecedară*, când se desfășoară a activitate de analiză și diferențiere cu caracter elementar. Durata identificării semnelor este mare, iar tatonarea are aspect perseverativ. Atenția nevăzătorului se centrează pe formă, și nu pe conținut. Prevalează analiza.
- *Etapa abecedară*, dominată de elaborarea reprezentărilor tactil-motorii și verbal-motorii. Structurile punctiforme sunt identificate mai ușor și cu mai puține greșeli, iar atenția începe să se deplaseze de la formă la conținut, adică de la semn la semnificație. Se manifestă echilibrul dinamic dintre analiză și sinteză.
- *Etapa postabecedară*, în care apare citirea cursivă. Nevăzătorul nu mai este nevoit să întârzie la fiecare semn, ci perceperea unui element amorsează rapid intuirea succesiunii logice, cu sens, a celorlalte semne. Datorită fenomenului de anticipare, viteza de citire crește foarte mult. Astfel, dacă în etapa inițială puteau fi identificate numai 115 semne/minut, acum se ajunge la 500 și chiar mai multe semne/minut.

Într-o lucrare recentă, V. Preda și R. Cziker (2004) au analizat, printre altele, particularitățile stadiului inițial al însușirii alfabetului Braille. Cuplarea *input*-ului

haptic⁴⁷ cu cel auditiv-verbal influențează decisiv înțelegerea și, deci, perfecționarea deprinderilor lexiche. „Conștiința fonematică cuprinde două deprinderi distincte, fiecare din acestea fiind relaționată cu deprinderea de citire. Astfel, acestea sunt: 1) *conștiința fonematică implicită*, care reprezintă abilitatea de analiză a cuvintelor în funcție de sunetele componente și de nivelul unității silabice; 2) *conștiința fonematică explicită*, care reprezintă abilitatea de a detecta și manipula fonemele din cuvinte. Aceasta se măsoară după performanța în sarcinile de numărare a fonemelor și substituția vocalelor (atunci când copiii înlocuiesc în cuvânt o vocală cu o altă vocală)” (*ibid.*, p. 123).

În consecință, „conștiința fonematică este importantă pentru însușirea citirii deoarece, o dată ce copilul devine capabil să identifice fonemele la nivelul cuvintelor, acesta va putea stabili corespondența care se stabilește între grafeme și foneme” (*ibid.*).

În cursul citirii, nevăzătorul trebuie să execute, simultan, două tipuri de mișcări: una pe orizontală, de la stânga la dreapta, și o alta pe verticală, pentru a sesiza dispoziția particulară a semnelor corespunzătoare unui grafem dat. „Se formează astfel imaginea tactilă a literei, proces în care mâna ca organ periferic receptor intră într-o relație complexă cu cel de-al doilea sistem de semnalizare (pentru înțelegerea logică a formelor percepute tactil-kinezic) și în relații cu zona motorie pentru coordonarea fină a mișcărilor în analiza și diferențierea semnelor. [...] În procesul însușirii cititului Braille, dacă la început analiza constă preponderent în numărarea punctelor ce alcătuiesc litera, cu scopul identificării semnului Braille, treptat, pe măsură ce se consolidează și se stabilizează imaginea tactilă, analiza relevă forma grafemului. De la acest nivel, citirea va intra în faza sintetică, crescând viteza de unificare a literelor în silabe și cuvinte. Exercițiul va duce la automatizarea actului citirii, accentul mutându-se pe înțelegere și anticipare, ceea ce va duce la creșterea vitezei de lectură” (Gh. Enache, *op. cit.*, p. 183).

V. Preda și R. Cziker (*op. cit.*, pp. 124-125) prezentau trei strategii utilizate în etapa inițială a însușirii alfabetului Braille:

- *Strategia audiogenă de exersare a pronunției cuvintelor* (specifică cititorilor începători în Braille): se bazează pe capacitatea copilului de a-și aminti cuvintele din memorie, chiar dacă nu sunt capabili să descifreze cuvântul din punct de vedere fonematic. Ei pot utiliza două modalități de citire: una care nu implică identificarea fiecărei litere a cuvântului pentru a-l activa din punct de vedere auditiv (strategia audiogenă internă) și alta ce necesită identificarea unei litere, procedură adesea suficientă pentru relaționarea cu modalitatea de pronunțare și, ulterior, pentru identificarea cuvintelor. Strategia audiogenă se îmbunătățește o dată cu mărirea vocabularului copilului nevăzător.

- *Strategia privind utilizarea regulilor de corespondență între grafeme și foneme*: permite utilizarea informației fonematice pentru citirea cuvintelor și poate fi aplicată în paralel cu/sau ca o dezvoltare a strategiei audiogene.

⁴⁷ Sistem haptic: complex funcțional-operațional tactil-kinezic.

• *Strategia de citire prin analogie*: o dată ce a fost introdusă metoda de prescurtare a alfabetului Braille (înainte ca acesta să fie complet însușit), copilul poate recurge la stabilirea unei corespondențe directe între cuvânt și pronunție atunci când un singur semn înlocuiește un cuvânt întreg. Asemănător, atunci când unul sau două semne înlocuiesc o unitate ortografică, copilul poate să utilizeze informația pentru identificarea cuvintelor, fără a fi necesară înțelegerea semnificației limbajului scris. „Scopul final al învățării citirii este înțelegerea textului citit. Dar înainte de înțelegerea textului Braille, copilul trebuie să fie capabil să identifice literele separate și apoi cuvintele. Dezvoltarea acestor stadii inițiale are repercusiuni pozitive asupra abilităților de citire. Codarea eficientă a unei litere, creșterea vitezei de învățare a acestora au implicații directe asupra formării deprinderii de citire, cunoașterea literelor fiind o componentă esențială” (*ibid.*, p. 125).

8. 5. FORME ALE INTERVENȚIEI COMPENSATOR-RECUPERATORII ÎN DEFICIENȚELE VIZUALE

Și aici, la fel ca în cazul deficiențelor de auz, există trei posibilități de intervenție: a) chirurgicală; b) protetică; c) psihopedagogică.

• Prin intervenție *chirurgicală* reparatorie se rezolvă ori se ameliorează deficiențele vizuale cu etiologie organică precizată. Frecvent, o singură operație nu este suficientă, iar în unele situații ea nu face decât să amâne un prognostic nefavorabil. Procedurile nechirurgicale oftalmologice (folosite cu precădere în corectarea strabismului) vizează dezambliopizarea ochiului cu deficit vizual. De pildă, în ambliopia cu fixație centrală se practică ocluzia directă a ochiului fixator, pentru creșterea acuității vizuale la ochiul strabice ambliop (F. Fodor și Pop D. Popa, *op. cit.*, p. 202).

• Compensarea *protetică* se referă, în general, la corectarea sau ameliorarea tulburărilor de refracție optică prin recurgerea la lentile, dar există și protezare intraoculară (cristalin artificial). Controlul oftalmologic regulat asigură schimbarea lentilelor ochelarilor în conformitate cu evoluția afecțiunii răspunzătoare de ametropie.

• Intervenția *psihopedagogică* vizează, înainte de toate, îmbunătățirea *eficienței vizuale*. Aceasta poate fi definită ca un raport între nivelul restantului vizual și capacitatea subiectului de a-l valorifica în activitățile de învățare, profesională sau de viață cotidiană. Creșterea eficienței vizuale la ambliopi și atingerea aceluși optim funcțional reprezintă obiectivul general al educației vizuale. Conform lui M. Ionescu, V. Preda și V. Chiș (1996, p. 37), „prin educație vizuală se urmărește activizarea, mobilizarea tuturor potențialităților vizuale [...] prin realizarea la maximum posibil a interrelațiilor dintre capacitatea funcțională reală a vederii foveale și [cea] a vederii periferice”, cu accent pe:

- dezvoltarea strategiilor exploratorii oculomotorii;
- dezvoltarea schemelor perceptive;

- dezvoltarea atenției vizuale și a coordonării vizual-motorii;
- dezvoltarea memoriei vizuale operatorii și a celei de lungă durată;
- dezvoltarea capacității de structurare perceptivă și de reprezentare spațială;
- dezvoltarea judecăților operatorii cu specific vizual (V. Preda, 1990, p. 172).

Mircea Ștefan (2000, pp. 128-129), după ce își exprimă rezerva față de posibilitatea conceperii unor obiective ale educației vizuale în maniera celor conținute în programele școlare din învățământul obișnuit, se pronunță în favoarea unor direcții orientative, pe care să le urmeze activitățile de educație vizuală, în măsura în care acest lucru este posibil:

- creșterea distanței de recunoaștere și diminuarea dimensiunilor la care devin identificabile obiectele și reprezentările lor grafice;
- creșterea vitezei actului perceptiv;
- creșterea capacității de diferențiere vizuală, prin elaborarea unor discriminări din ce în ce mai fine ale detaliilor și nuanțelor;
- diminuarea dificultăților de localizare spațială (bi- și tridimensională);
- dezvoltarea sensibilității de contrast prin diminuarea progresivă a discrepanțelor necesare detașării formelor de fond;
- dezvoltarea sensibilității cromatice prin exerciții de distingere a culorilor;
- extinderea câmpului vizual mono- și binocular;
- dezvoltarea capacității de discriminare în actul citirii (vizând cu precădere reducerea treptată a spațiului necesar distingerii individuale a literelor);
- antrenarea vederii în relief și a reprezentărilor tridimensionale (cu recurgerea la mijloace substitutive în cazul subiecților monoftalmi);
- perfecționarea aproximării vizuale a mărimii obiectelor, a distanțelor și a direcțiilor.

Principiile metodice ale educației vizual-perceptive sunt, în sinteză, următoarele:

- educația vizual-perceptivă face parte integrantă din procesul compensator-recuperator și formativ al învățământului special pentru elevii cu deficiențe de vedere, având alocate ore în planul de învățământ;
- educația vizual-perceptivă se desfășoară individual sau pe grupe mici, organizate în funcție de anumite criterii (specificul, natura, gradul deficienței vizuale; indicii funcționali ai vederii; indicațiile și contraindicațiile specialistului oftalmolog; nivelul intelectual și de maturizare socială; vârsta cronologică etc.);
- se realizează în cabinete special amenajate;
- proiectarea exercițiilor ține seama de diagnosticul oftalmologic și de recomandările medicului specialist, iar evoluțiile sunt consemnate în fișa de educație vizuală;
- activitatea de educație vizuală se integrează în contextul activității cognitive și practice a elevilor;

- în orice activitate de acest gen este obligatorie gradarea efortului vizual prin mărirea rațională a complexității, duratei și dificultății exercițiilor;
- antrenamentul vizual trebuie să aibă un caracter sistematic și continuu;
- fiecare activitate trebuie evaluată sub aspectul îndeplinirii obiectivelor propuse, al modului în care s-au respectat cerințele metodice, în vederea reprojectării acesteia;
- strategiile de educație vizuală trebuie personalizate (cf. Anca Rozorea și I. Mușu, în I. Stănică *et al.*, *op. cit.*, pp. 246-248).

Acest ultim punct este foarte important, deoarece trebuie să luăm mereu în considerare faptul că „fiecă ambliop este un caz în sine și că, pe lângă legitățile general-valabile în fenomenul compensației, trebuie să acționeze și unele particularități și individualizări ale acestor legități, determinate nu numai de totalitatea factorilor interni și externi în interacțiune, dar mai ales de procesul continuu de modificări a ceea ce am putea numi ‘devenirea clinică’ a deficienței, a scăderii A.V.” (D. Damaschin, *op. cit.*, p. 222).

Prin urmare, personalizarea strategiilor de educație vizuală nu se rezumă la momentul inițial, ci are și un caracter diacronic.

La nevăzători, demersul compensator-recuperator este axat pe formarea reprezentărilor spațiale și a deprinderilor de orientare în cursul deplasării. În ceea ce privește reprezentările spațiale, V. Preda și R. Czikier (*op. cit.*, p. 102) observau că „una din cele mai frecvente erori pe care le fac părinții în educarea copiilor nevăzători este de a prezenta acestora materiale tactile prea complexe ca formă, prea complicate pentru sensibilitatea tactilă și care depășesc scopul urmărit. O jucărie obișnuită este un obiect tactil mult prea complicat căruia copilul nevăzător nu-i poate acorda nici un înțeles. De aceea, obiectele simple oferă cele mai multe informații și dezvoltă în modul cel mai corespunzător sensibilitatea tactil-kinestezică incitând copilul la activitatea de explorare tactilă”.

Referitor la reprezentările spațiale, acestea au un substrat motric indispensabil. M. Ștefan (*op. cit.*, p. 152 *sqq*) descrie în detaliu componentele procesului de orientare spațială:

- motrică;
- senzorială;
- cognitivă;
- afectiv-motivațională.

Activitățile referitoare la aceste componente trebuie astfel proiectate încât obiectivele lor specifice să conducă, în final, la realizarea scopului general al dobândirii autonomiei în deplasare, element fundamental al independenței socio-profesionale de mai târziu. Trei sunt spațiile concentrice pe care nevăzătorii trebuie să le stăpânească:

- spațiul imediat (accesibil numai prin tact și prehensiune),
- spațiul mediat (accesibil cu ajutorul bastonului),
- spațiul îndepărtat (accesibil prin intermediul auzului).

Organizarea mintală corespunzătoare a spațiului înconjurător („harta mintală”) nu se poate face în lipsa unei organizări similare a celui personal, ocupat de propriul corp. Prin urmare, o atenție specială trebuie acordată cunoașterii propriei scheme corporale. „Reprezentarea despre propriul corp – prin care copilul ia cunoștință de funcțiile părților componente ale corpului și ale acestuia în ansamblu – este inclusă în reprezentarea de sine, copilul realizând și evaluări calitative, diferențiindu-se de altul și ajungând la sentimentul permanent de a fi el însuși, constituind punctul de plecare în diversele sale acțiuni desfășurate în spațiu și timp” (V. Preda, 1993, p. 22).

* O altă problemă deosebită o reprezintă îngrădirea accesului copiilor cu deficiențe vizuale la curriculumul școlii normale, datorită multiplelor cerințe bazate pe explorare și estimare vizuală. O serie de instrumente și echipamente tehnice pot ameliora performanțele elevilor ambliopi, astfel încât ei să poată fi integrați, măcar în parte, în activitățile școlare obișnuite. Cele mai utilizate mijloace sunt (cf. A. Best, 1995, p. 64 *sqq*):

- dispozitive de mărire a materialelor tipărite (LVA – *low-vision aids*): cele mai banale sunt lupele, cu diferite puteri de mărire; același lucru îl fac și sistemele de televiziune cu circuit închis (CCTV – *closed-circuit television*), care afișează pe un ecran textul selectat la mărimea dorită, dar care sunt scumpe și nedeplasabile; mai nou, configurații bazate pe scanner și laptop oferă mobilitate, însă costurile sunt încă prohibitive. Se mai folosește și *Viewscan machine*, un dispozitiv electronic de mărirea unei mașini de scris, care permite vizualizare pe un ecran a unui text selectat cu ajutorul unei mini-camere tv. Din păcate nu poate interpreta figuri și imagini, iar prețul acesteia este de trei până la cinci ori mai mare decât al sistemului CCTV;
- computer cu tastatură normală și printare în Braille (*Vincent Workstation*): sistemul poate fi adaptat în diverse configurații care să permită redactare în Braille și tipărire în alb-negru sau transpunere vocală. *Kurzweil machine* este un computer conceput să transcrie în Braille sau să transpună vocal un material redactat în alb-negru, dar scannerul său nu recunoaște figurile și scrisul de mână. Se așteaptă ca noile tehnologii bazate pe recunoașterea optică a caracterului (*Optical Character Recognition*) să devină și mai performante pentru a elimina genul acesta de inconveniente;
- computere portabile destinate nevăzătorilor: *Versabrilie machine*. Acestea au toate facilitățile de editare ale computerelor obișnuite adaptate la scrierea în Braille. Este compatibil cu alte PC-uri și poate primi text obișnuit pe care-l convertește în Braille (*Grade 2 Braille*) ori poate descărca fișiere Braille transpuse în scriere alb-negru în directorii unor computere normale. Îmbunătățirile continue atât în ceea ce privește partea tehnică (*hardware*), cât și cea de rulare (*software*) îl recomandă ca echipamentul standard al viitorului apropiat;

- casetofoane portabile cu viteză de înregistrare reglabilă: acestea permit redarea materialului înregistrat cu o viteză superioară celei de înregistrare, astfel încât să permită ascultarea la viteza specifică citirii în gând (adică de circa 250 de cuvinte pe minut). Sistemele portabile cu CD și mai ales cele digitale elimină inconvenientul derulării bandei magnetice până la pasajul care se dorește a fi ascultat la un moment dat;
- aparate de transpunere a textului obișnuit (în scriere alb-negru) în tactileme Braille: sistemul *Optacon*. Acesta scanează și transpune literele tipărite în corespondențele lor tactile, care pot fi percepute direct. Oferă o singură literă în braille o dată și, din acest motiv, viteza de citire este destul de redusă (80-100 de cuvinte/min.). Poate fi conectat direct la un PC;
- figuri în relief (desene tiflografice): de regulă, pe suport de material plastic. Mai nou, au apărut imprimante care pot printa imagini tridimensionale.

Evident, progresele tehnice extrem de rapide (în special din domeniul telecomunicației) vor facilita enorm accesul persoanelor cu deficiențe vizuale nu numai în domeniul educației, ci mai ales în cel al relațiilor interumane directe, cu impact asupra integrării lor socio-profesionale depline.

POLIHANDICAPUL: AUTISMUL ȘI SURDOCECITATEA

9. 1. AUTISMUL INFANTIL: DIFICULTĂȚI CONCEPTUALE ȘI TAXONOMICE

Articolul pediatrului american Leo Kanner (1943) privind „tulburările autiste ale contactului afectiv” la copii¹ a trecut neremarcat în perioada frământată a celui de-al doilea război mondial, fiind redescoperit de către comunitatea academică abia după un deceniu. Până atunci se considera că această tulburare era fie o formă foarte timpurie de schizofrenie (de unde și denumirea de „sindrom al demenței precoce”), fie o consecință a unei alte deficiențe (mentale, senzoriale) (V. Hâncu, 2001). L. Kanner a preluat din psihiatrie termenul de *autism*², cu intenția de a denumi un anumit pattern comportamental observat la un număr de 11 pacienți (copii) care, deși păreau a avea un aspect fizic normal, manifestau dezinteres pregnant față de relațiile interpersonale și chiar față de interacțiunile cu mediul ambiant, având tendința de a se refugia în preocupări solitare, adesea cu caracter stereotip, bizar. Astfel, L. Kanner definea autismul infantil drept inaptitudine înăscută de a reacționa adecvat în diverse situații și de a stabili relații firești cu cei din jur. El distingea două categorii ce pot fi diferențiate clinic (*apud* C. Enăchescu, 2000, p. 180).

¹ L. Kanner (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, 2, 217-250. „Printr-o remarcabilă coincidență, Asperger și Kanner au descris, independent, exact aceeași categorie de copii deficienți cărora nimeni nu le acordase prea multă atenție anterior și ambii au folosit termenul ‘autistic’” (Frith, 1991, p. 6). Cf. H. Asperger (1944). Die ‘Autistischen Psychopathen’ im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136 (articol apărut și în traducere, în limba engleză, în Frith, op. cit.). Un alt fapt remarcabil este că, deși amândoi s-au născut în Austria și au studiat la Viena (H. Asperger fiind cu zece ani mai tânăr decât L. Kanner), ei nu s-au întâlnit niciodată.

² Folosit încă din anul 1911 de către psihiatrul elvețian Eugen Bleuler pentru a desemna pierderea de către pacient a contactului cu realitatea, efectul fiind acela al imposibilității ori al dificultății totale de comunicare cu ceilalți. Etimonul grecesc *autos* (el însuși/ea însăși) reflectă principala trăsătură simptomatologică, și anume introvertirea extremă.

• *Formele deficitare* (menționând un tip *emergent* de psihoză³, cu IQ în creștere, un tip *regresiv*, deteriorat, cu IQ în scădere, un tip *static*, la care coeficientul de inteligență se menține constant, și un tip *simbolic*, la care IQ-ul variază în funcție de momentul examinării și de proba folosită).

• *Distorsiunile precoce ale personalității* (descrise de R. Misés și M. Moniot, și care se manifestă prin incapacitatea copiilor autiști de a comunica în mod adecvat cu ceilalți. Această formă debutează brusc sau insidios, iar la apariția sa se observă tulburări de comportament și angoase ce preced simptomatologia tipică autismului).

În autism, se constată o „decuplare” *sui generis* a eului de la realitate concomitent cu introvertirea extremă a acestuia⁴. Autismul poate fi interpretat și ca o formă atipică de narcisism, conținutul gândirii autiste fiind de natură endogenă⁵. „În acest caz, conștiința bolnavului interpretează propriul său material în termenii săi proprii, desprinsă de orice contact cu realitatea” (C. Enăchescu, *op. cit.*, p. 179).

Autismul trebuie înțeles drept o incapacitate de integrare în rețeaua relațiilor sociale normale și nicidecum o „retragere”, deoarece, la o vârstă atât de timpurie, nu se poate vorbi despre o participare în astfel de relații. „Așadar, dacă se raportează la dezvoltarea corespunzătoare vârstei respective, faptul că până la un moment dat copilul pare a se dezvolta normal (inclusiv în domeniul comunicării), după care apar semnele autismului, poate echivala cu o ‘retragere din real’” (V. Hâncu, *op. cit.*, p. 46).

Controversele încă prezente, privitoare la definirea precisă a autismului infantil, sunt consecința a cel puțin patru categorii de factori (*apud* E. Verza, 1993), și anume:

- structura complexă (etiologic și simptomatologic) a sindromului autist;
- abordările teoretice și metodologice diferite, datorită punctelor de vedere specifice în psihiatrie și psihopatologie, psihologie, psihopedagogie specială, pedagogie etc.;
- caracterul limitat al posibilităților actuale de investigare și evaluare (remarcând aici rezultatele tot mai promițătoare ale tomografiei computerizate în explorarea activității electrice a creierului);

³ După Catherine Milcent (1991, p. 25), termenul „psihoză” nu poate fi folosit la copiii mici, deoarece sugerează o deformare a realului *după* ce s-a format reprezentarea acestuia, ceea ce nu este cazul la copiii autiști, care nu posedă o construcție mintală a realului.

⁴ Trebuie să spunem că, în lipsa unor metode obiective de cunoaștere a mecanismelor răspunzătoare de simptomatologia constatată, tot ceea ce putem face este să emitem ipoteze explicative cu grad mare de plauzabilitate.

⁵ M. Rutter și E. Schopler (1979. *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*. New York: Plenum) subliniau importanța distincției între autismul schizofrenic și cel infantil, deoarece, dacă în cazul din urmă producția imaginativ-fantasmatică lipsește, în cel dintâi aceasta este intensă și compulsivă.

- imprevizibilitatea structurării vieții psihice și a evoluției comportamentale ulterioare momentului primei diagnoze, ce face extrem de riscantă orice prognoză sau evaluare post-terapeutică.

L. Kanner însuși s-a confruntat cu acest gen de dificultăți atunci când a încercat să delimiteze cât mai corect tabloul simptomatologic al copiilor autiști, fiind nevoit să-și revizuiască opiniile în studiile publicate ulterior⁶. S-a constatat că, departe de a fi inteligenți, copiii autiști prezintă, în marea lor majoritate, tulburări severe de învățare, coeficient scăzut de inteligență (în condițiile atitudinii refractare a acestora față de probele psihologice și a incertitudinii privitoare la cotarea reacțiilor lor acționale sau verbale⁷). Din acest motiv, definițiile propuse se orientează mai ales către aspectul simptomatologic, decât către cel explicativ, ele variind în funcție de formația academică și de interesele profesionale ale unui autor sau altul.

Definim autismul ca fiind un sindrom ce constă în izolare psihosocială, în închidere în sine patologică și în indiferență față de orice tip de comunicare, ca urmare a autocentrării extreme a întregii activități psihice a individului. După E. Bleuler (*apud* P. Popescu-Neveanu, 1978, s.v.), autismul este un sindrom manifestat prin repliere totală asupra universului psihic propriu și prin mod de gândire necritică, axată pe subiectivism și detașare de realitate, dominată de reverie și fantazare. „Subiectul refuză contactul cu persoanele și obiectele externe și se refugiază în lumea sa lăuntrică în care își satisface dorințele în plan imaginativ, se compensează afectiv prin fantezme care în cazuri patologice sunt duse până la delir halucinatoriu” (P. Popescu-Neveanu, *op. cit.*, p. 76).

În autismul de tip schizofrenic, „materialul sau conținutul gândirii derivă de la subiectul însuși, având aspectul unor idei onirice, fantezii, frânturi delirante, halucinații etc.” (C. Enăchescu, *op. cit.*, p. 179).

Autismul se prezintă mai degrabă sub forma unui continuum psihopatologic decât a unor tipuri precis individualizate. În psihologie, sintagma „note autiste”

⁶ El considera, de pildă, că autismul trebuia văzut ca un „defect de echipare” a nou-născutului pentru viața de relație, de aici rezultând un deficit aptitudinal de tip afectiv-relațional comparabil cu alte tipuri de deficiențe, cum ar fi cele fizice sau cele intelectuale. De altfel, personaje precum *Rainman* (din producția cinematografică omonimă, în regia lui Barry Levinson), pentru interpretarea căruia Dustin Hoffman a fost distins, în 1988, cu premiul Oscar, sunt create conform acestui gen de reprezentare, adevărată însă pentru foarte puțini autiști reali.

⁷ „Copilul autist colaborează de bună voie dacă sarcinile sunt simple și concrete, iar instructajul este pe înțelesul său. Refuzul de a colabora nu rezultă decât dintr-o incapacitate. Astfel, exercițiile concrete se desfășoară bine, cum ar fi [cele de tip] *puzzle*, dar exercițiile abstracte, de tipul ‘jocului de cuvinte’, determină reacții din partea copilului. Răspunsurile la testele de inteligență sunt extrem de divers distribuite. Astfel, valorile IQ-ului pot varia de la 30 la 140 de puncte, de unde rezultă faptul că subiecții supuși evaluării sunt diferiți, că sunt ‘altfel situați în lume’” (V. Sirian și C. Dinescu, 1994, p. 75). Trebuie să menționăm faptul că autorii au în vedere, se pare, doar copii cu grad moderat de autism.

se folosește atunci când se constată manifestări asemănătoare sindromului autist (introvertire exagerată, lipsa motivației pentru comunicare, dezinteres marcat față de situații și persoane, detașare afectivă, necooperare), fără ca etiologia ori rezultatele diagnozei psihice să confirme acest lucru (un astfel de copil poate, de exemplu, să fie captivat de îndeletniciri solitare, autosuficiente, nestereotipe, cu finalitate definită).

9. 2. ASPECTE CONTROVERSATE PRIVIND ETIOLOGIA AUTISMULUI INFANTIL

Etiologia autismului infantil se datorează unei constelații factoriale și, în mare parte, este guvernată de ipoteze. De exemplu, incidența mult mai mare a acestuia la subiecții de sex masculin decât la cei de sex feminin (în raport de 4 la 1) a sugerat ideea că autismul reprezintă o extremă „gaussiană” a gândirii hiperanalitice și ultracerebrale a bărbaților (unele studii indicând o frecvență mai mare a cazurilor de autism în familiile de intelectuali, mai ales când tatăl se remarcă prin înalte realizări de tip academic). L. Kanner însuși (*op. cit.*) observa că părinții unora dintre copiii cuprinși în studiu prezentau o inteligență superioară, preocupări legate de idei abstracte, introversie, carențe empatice. Deoarece studiile de confirmare întârzie să apară, nu putem considera încă suficient de argumentată o asemenea ipoteză.

Teoriile referitoare la etiologia autismului pot fi clasificate în trei mari categorii, și anume:

- teorii *organice* (substratul tulburării datorându-se unor factori genetici, biochimici ori structurali cerebrali),
- teorii *psihogene* (având în prim-plan alienarea socială și „retragerea psihologică”),
- teorii *comportamentale* (pseudautism datorat constituirii unor seturi de comportamente învățate, consecință a unor serii de recompensări și sancționări aleatorii, de lungă durată, ce vor întâi și comportamentele dezadaptative ulterioare⁸).

Referitor la factorii *organici*, numeroase studii⁹ evidențiază anomalii genetice, respectiv dobândite (somatice și funcționale) care ar sta la baza autismului infantil. Astfel, în cazul gemenilor univitelini, frecvența tulburărilor de tip

⁸ „Așa se produc și se consolidează crizele de furie, autostimulările etc. care, prin interacțiunea cu mediul, pot deveni un fel de necesitate a manifestărilor. De cele mai multe ori, la baza acestor simptome stau aberații în educarea copiilor, existența unor anomalii la copii ce sunt exacerbate de atitudinea și comportamentul patologic al părinților” (E. Verza, *op. cit.*, p. 8).

⁹ Cf. Lorna Wing (1966). *Diagnosis, Epidemiology, Etiology in Early Childhood Autism*. London: Pergamon Press; Uta Frith (1989). *Autism. Explaining the Enigma*. Cambridge: Blackwell Publishers; S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg (1993). *Understanding Other Minds. Perspectives from Autism*. Oxford: Oxford University Press.

autist la ambii frați este semnificativ mai ridicată decât în cazul gemenilor bivitelin¹⁰. Diverse afecțiuni cerebrale, leziuni subcorticale, disfuncții ale S.R.A.A. (sistemul reticulat activator ascendent), anomalii biochimice (nivel ridicat de serotonină¹¹, dopamină etc.) pot fi incriminate, fără însă a putea fi considerate cauze determinante, deoarece ele sunt întâlnite și în multe alte tipuri de afecțiuni.

Etiologia *psihogenă* include întreaga paletă de factori ce conduc la disfuncții și anomalii ale activității psihice a copilului, aflată în plin proces de dezvoltare și maturizare. Bruno Bettelheim¹² abordează problema genezei autismului uzând de o grilă psihoanalitică. În opinia sa, sursa esențială a apariției acestui sindrom trebuie căutată în atitudinea familiei și în special a mamei față de copilul nou-născut. Sunt mame cu personalități puternic introvertite sau chiar schizoide care nu simt nevoia unei comunicări intime cu copilul și cărora le lipsesc acele capacități empatice de a rezona afectiv. Ele tind să permanentizeze o atitudine distantă față de copil pe care acesta, în timp, o poate percepe drept un act de respingere. Nu trebuie să oțimem nici efectul catalizator al învățării prin imitație, copilul deprinzând un stil detașat de interacțiune intrafamilială în același mod în care, de pildă, copiază defectele de vorbire ale părinților¹³. Consecința poate fi una de tip „cerc vicios”: copilul începe să nu se mai exteriorizeze în prezența mamei, iar aceasta reacționează pulsional, prin resentimente (în genere neconștientizate) față de propriul ei copil. Acest fenomen, manifestat extrem de timpuriu, se structurează treptat sub forma unui pattern relațional-afectiv deficitar ce se poate extinde și la alți membri ai familiei (mai ales atunci când există diverse prescripții socio-culturale ce impun atitudinile sobre, rigide, golite de emoționalitate). B. Bettelheim indică și câteva intervale de timp în care indiferența maternă influențează puternic reacția copilului (între lunile a șasea și a noua de viață, când, conform stadialității piagetiene, apar primele forme de

¹⁰ Sunt și studii care infirmă aceste observații. Este posibil însă ca autismul să fie generat, așa cum afirmam mai devreme, de o *constelație factorială*, ca în cazul dublei etiologii: „existența unei fragilități care predispune la apariția sindromului de autism, care însă se declanșează numai ca urmare a unor îngrijiri familiale inadecvate” (V. Hâncu, *op. cit.*, p. 59).

¹¹ Sunt cercetători care consideră acest lucru drept *efect* al dereglărilor biochimice din autism.

¹² B. Bettelheim (1967). *The Empty Fortress*. New York: Free Press și B. Bettelheim (1989). *La forteresse vide: l'autisme infantile et la naissance du soi*. Paris: Gallimard.

¹³ Considerăm că învățarea prin imitație explică mai simplu, psihologic vorbind, apariția autismului de sorginte psihogenă decât „rebeliunea” copilului față de comportamentul inadecvat al mamei, deși nu putem trece cu vederea importanța mecanismelor de apărare inconștiente.

intelență specific umană, o dată cu diferențierea scopurilor de mijloace¹⁴ și orientarea intențională a psihomotricității oculom manuale, în contextul dezvoltării comunicării verbale, cu rol de sistem superior de semnalizare, facilitând atât achizițiile cognitive, cât și relațiile interpersonale nuanțate, și cel al formării deprinderilor locomotorii, ce permit explorarea spațiului mijlociu și câștigarea independenței de mișcare; de asemenea, perioada cuprinsă între un an și jumătate și doi ani, când diferențierea „ego – alter” devine funcțională iar eul copilului începe să se afirme ca termen distinct al unei relații acționale sau al uneia de comunicare). Diverse studii atestă faptul că stresul intens la vârste mici se face răspunzător de o serie întreagă de tulburări psihice, contribuind și la apariția autismului. „Ceea ce nu s-a putut pune în evidență a fost specificitatea unui anumit tip de factori psihotraumatici și tipul de dezvoltare psihopatologică de mai târziu” (V. Hâncu, *op. cit.*, p. 57).

Pe de altă parte, Catherine Milcent (*op. cit.*, p. 11) considera „absența diapazonului social” drept principala trăsătură a autismului infantil. Lipsa acestui „echipament de acordaj” afectiv ar explica de ce este atât de dificil, dacă nu imposibil atașamentului emoțional normal față de ființele umane (și în primul rând față de cei din familie). În concepția psihiatriei franceze, această metaforă a „fortăreței vide” (ce sugerează un spațiu mental puternic apărât contra intruziunilor externe, dar lipsit de o minimă coerență interioară) este calpă, copilul autist fiind aidoma unui zidar nepriceput ce construiește fără plan sau fără arhitect un castel din cărți de joc, vulnerabil la orice adiere de vânt (*ibid.*, p. 12). Alte studii indică formarea unui pattern anormal de interacțiune între mamă și copil și, ulterior, între copil și membrii familiei, bazat pe fenomenul potențării reciproce. Mamele copiilor autiști par a se încadra într-o anumită tipologie caracterizată prin simț practic, eficiență și calm în rezolvarea sarcinilor cotidiene, tendințe dominatoare, atenție exagerată acordată detaliilor, iritabilitate crescută (chiar și în situații minore). Pe de altă parte, interviuri retrospective ale mamelor copiilor autiști au scos în evidență anumite particularități ale acestora din urmă, cum ar fi suptul „leneș”, asociat cu perioade lungi și obositoare de hrănire la sân, absența reacției spontane de răspuns la zâmbet, comportament placid, lipsit de proteste când copilul era

¹⁴ „Chiar dacă numim ‘deprinderi’ [...] conduitele dobândite, atât în ceea ce privește formarea lor, cât și prin rezultatele lor automatizate, deprinderea nu este încă inteligentă. O ‘deprindere’ elementară se bazează pe o schemă senzoriomotorie de ansamblu, în cadrul căreia nu există încă (din punctul de vedere al subiectului) o diferențiere între mijloace și scopuri, scopul nefiind atins în acest caz decât printr-o succesiune obligatorie de mișcări care conduc spre el, fără ca la începutul conduitei să se poată distinge un scop urmărit în prealabil, iar, în continuare, mijloace de ales printre diversele scheme posibile. Într-un act inteligent, dimpotrivă, există o urmărire a unui scop fixat de la bun început, apoi căutarea unor mijloace corespunzătoare, care, deși oferite de scheme cunoscute [...], sunt totuși deja diferențiate în raport cu schema inițială care îi atribuie acțiunii scopul respectiv” (B. Inhelder și J. Piaget, 1966, p. 11).

lăsat singur dar agitat în momentul în care părintele încerca să-și impună voința¹⁵. Rolul climatului socio-afectiv familial în cadrul etiologic complex al autismului rămâne încă să fie precizat, adversarii acestui punct de vedere fiind de părere că, în cel mai bun caz, este vorba despre „pseudoautism” sau „comportament cu note autiste”¹⁶.

Ipoteza *funcționării cognitive* (Simon Baron-Cohen *et al.*) se referă la aptitudinea unui subiect de a-și reprezenta gândurile, trebuințele și emoțiile altuia, prin recurgerea la un complex proces de integrare și interpretare a datelor de observație în contextul informațiilor acumulate prin experiență proprie. În plus, acest lucru implică, pe lângă o mare capacitate de detașare și de analiză cvasi-obiectivă a dinamicii psihice personale, o bună introiecție a raționamentelor și trăirilor celui alt. Incapacitatea copiilor autiști de a se transpune psihologic în celălalt este considerată de unii teoreticieni drept o deficiență înnăscută, sursă a trăsăturilor negative din sfera afectiv-relațională a autiștilor (C. Baconschi-Mureșan, 2000, p. 24). O probă simplă (de tip „Sally-Ann”) evidențiază neputința copiilor autiști de a se decentra de pe propria persoană și de a intra în „pielea” altor personaje¹⁷. Atât deficitul afectiv, cât și cel cognitiv par consecințe ale unui mai profund, și anume „eșecul organizării structurilor narrative, prin care mediul cultural formează așteptări în legătură cu sentimentele, gândurile, convingerile oamenilor în anumite situații, în scopul creării semnificațiilor convenționale, comunicabile unor oameni care aparțin aceleiași culturi” (*ibid.*, p. 35).

Fenomenul este deosebit de pregnant în sindromul Asperger.

Ideea conform căreia copiilor autiști le lipsește motivația necesară pentru a stabili relații sociale a fost enunțată prima dată în 1985 de către etologul Nikolaas Tinbergen (*apud* Ilona. Roth, *op. cit.*). În urma unui studiu detaliat al

¹⁵ *Apud* Ilona Roth (1990). *Introduction to Psychology*. London: The Open University, II.

¹⁶ Credem că o direcție promițătoare de cercetare ar fi încercarea de a înțelege depriarea afectiv-relațională în contextul mai larg al fenomenului de *imprinting*.

¹⁷ Subiecților autiști (ce sunt prezenți psihologic în mediu și care au deprinderi satisfăcătoare de exprimare verbal-orală) le este propusă următoarea scenetă cu păpuși la care ei trebuie să asiste: „Sally și Ann sunt surori. Sally are o bomboană de ciocolată, pe care o ține ascunsă în acest coșuleț (psihologul îl deschide și îi arată copilului bomboana). Ea trebuie să plece puțin afară (păpușa respectivă este îndepărtată din cadru). Între timp, Ann găsește bomboana lui Sally, o ia și o ascunde în coșulețul ei (psihologul mută bomboana dintr-un coșuleț în altul, în prezența celeilalte păpuși). Ann pleacă să se joace, iar Sally se întoarce. Unde va căuta ea bomboana de ciocolată?” Psihologul, înainte de a-i cere copilului să răspundă la această întrebare, se asigură că acesta a urmărit întreaga desfășurare a scenetei. Spre deosebire de copiii normali care oferă soluția corectă (dacă au mai mult de patru – cinci ani, vârstă la care se pot decentra cognitiv și afectiv într-o măsură suficientă), copiii autiști, în marea lor majoritate, indică coșulețul lui Ann, deoarece le este imposibil să se transpună în persoana neștiutoarei Sally.

comportamentului copiilor cu autism ușor a reieșit faptul că, deși par a avea motivația de bază de a se apropia de alți oameni și de a stabili contacte sociale, aceasta este inhibată de anxietate, ceea ce îi împiedică să se angajeze într-o relație interpersonală, lăsând impresia unui dezinteres funciar față de comunicare. În funcție de forța tendințelor contrare ce generează *conflictul motivațional*, se pot manifesta, în principiu, trei tipuri de comportamente: evitarea implicării (datorită prevalenței anxietății), propensiunea către celălalt (datorită impunerii trebuinței de contact social) sau indecizia paralizantă (generată de echilibrul tensionat dintre tendințele opuse). După N. Tinbergen, conflictul motivațional are efect frenator asupra dezvoltării normale a copilului. Anxietatea manifestată în momentul în care este necesară angajarea contactului social ar putea conduce la instalarea simptomatologiei tipice autismului. Trebuie adăugat că, în condițiile în care nu avem încă mijloace obiective eficiente de investigare a activității psihice a copilului autist, teoria conflictului motivațional rămâne în stadiul de ipoteză.

9. 3. IPOTEZE PRIVIND ACTIVITATEA PSIHICĂ LA COPIII CU AUTISM. ELEMENTE ESENȚIALE ALE TABLOULUI SIMPTOMATOLOGIC

Manifestările clinice pot fi extrem de diverse, ele încadrându-se, așa cum am afirmat anterior, într-un continuum psihopatologic larg, pornind de la așa-numitele „note autiste”, până la absența psihologică totală din lume. De asemenea, rezultatele la diversele scale de dezvoltare și teste de inteligență sunt contradictorii, depinzând de tipul de sarcină, de dispoziția de moment a subiectului și chiar de gradul în care acesta tolerează prezența examinatorului. Uneori, nu pare să reiasă nici un pattern din asocierea diagnostică a simptomelor, ceea ce duce frecvent la confuzii și concluzii greșite (vezi scena din pelicula deja menționată, în care personajul autist ține fără efort evidența unui număr impresionant de cărți de joc, dar nu este capabil să înțeleagă raportul corect dintre bani și produsele ce pot fi cumpărate cu aceștia). Încercând o sistematizare a simptomelor caracteristice sindromului autist, E. Verza (*op. cit.*, pp. 8-12) constata că cele mai importante dintre ele se referă la limbaj și comunicare, învățare și dezvoltare, percepție și relaționare, activitate și comportament, disfuncționalitățile constatate cuprinzând, în fapt, întreg spectrul vieții psihice. Cităm câteva manifestări tipice.

- *Sfera limbajului și comunicării*

Se remarcă dificultăți majore atât în achiziția vorbirii, cât mai ales în întrebuințarea ei firească. Unii copii autiști, aparent, denotă o bună stăpânire a elementelor lingvistice, fără a fi capabili de a le utiliza în mod corespunzător (pentru a exprima opinii sau dorințe, ori pentru a primi informații). Ei lasă impresia detașării de persoanele și evenimentele din jur, răspund cu întârziere (adesea recurgând la stereotipuri verbale) sau ignoră comenzile verbale, se

referă la propria persoană folosind inadecvat pronumele personal (de exemplu, la pers. a III-a sg.). Alți autiști nu își însușesc limbajul (verbal sau neverbal), menținându-se într-o stare generală de reclusiune, punctată de onomatopee stridente și repetate, parte a unor bizarerii comportamentale stereotipe, cu aspect ritual. La cei care totuși își însușesc vorbirea, se observă anomalii, precum imitații fidele ale vocii unor adulți, lipsa elementelor ce dau expresivitate vorbirii (accent, ton, melodicitate), deficiențe de pronunție, dissintaxie și agramatism. Un alt fenomen tipic este ecolalia, însoțită adesea de ecopraxie. Se observă uneori discrepanțe flagrante între performanța verbală solicitată și cea întâmplătoare (de exemplu, formulează cu mare dificultate și cu multe deficiențe articulatorii, sintactice și semantice răspunsul la întrebarea examinatorului, însă, în anumite momente, poate cânta sau recita fără nici un efort și chiar fără greșeli majore). Repertoriul mimico-gestual este redus și inadecvat. Mulți autiști evită contactul vizual sau au o privire inexpressivă, absentă. Lipsa de reacție la stimuli verbali și chiar la zgomote puternice sugerează existența unei deficiențe de auz sau a unei alalii senzoriale (totuși pot reacționa disproporționat la anumite sunete, cu intensitate mică, dar care au, cumva, semnificație specială pentru ei).

• *Sfera învățării și dezvoltării*

Capacitatea de învățare și de dezvoltare psihică este extrem de greu de evaluat, deoarece rezultatele la diferite teste sunt contradictorii, chiar dacă nu solicită expres colaborarea copilului autist. Chiar performanțele sale sunt derutante: unii sunt incapabili să numere, dar pot face înmulțiri; nu rezolvă corespondențe logice simple de tip 1:1, însă, în anumite momente, pot realiza clasificări complexe, după două sau trei criterii etc. Aceste fenomene lasă impresia existenței unor „insule” de inteligență normală sau chiar peste medie, în contextul simptomatologic al unei debilități mintale. Progresele obținute în activitățile recuperatorii cu copiii cu autism ușor dovedesc faptul că ei sunt, în general, capabili să învețe, dacă materialul respectiv are sens și este structurat logic, în conformitate cu interesele lor. Este foarte util procedeul „programării zilnice”: pe o agendă sunt trecute, la intervalele orare corespunzătoare, activitățile pe care copilul trebuie să le îndeplinească în ziua respectivă, inclusiv etapele constitutive ale acestora. La preșcolari și școlarii mici se pot folosi imagini sugestive sau simboluri grafice¹⁸.

¹⁸ *Sistemul Makaton* (M. Walker. 1985. *Revised Makaton Vocabulary*, ed. a IV-a. Camberley: M.V.D.P.), de exemplu, constă dintr-un vocabular concis (350 de concepte, ierarhizate în ordinea crescătoare a dificultății), util în comunicarea cu copiii și adulții deficienți mintal sau care au și alte handicapuri (senzorial, fizic, autism). Este folosit și în recuperarea vorbirii la adulții afazici. Sistemul creat de C. K. Bliss (*Blissymbolic*) și aplicat în clinică începând cu anul 1971 s-a dovedit eficient în comunicarea cu copiii cu paralizie cerebrală, dar și cu subiecți afazici, autiști, deficienți mintal sau senzorial, indiferent de vârstă.

• Sfera perceptuală și relațională

Diferiți cercetători au remarcat la copiii autiști anomalii ale senzorialității. De exemplu, tactul pare a avea o importanță deosebită (sunt cazuri în care copilul acceptă apropierea terapeutului deoarece este atras de asperitatea obrazului și îl respinge după ce s-a bărbierit; alții evită orice tip de atingere sau de mângâiere, fiind parcă excesiv de sensibili). S-au constatat reacții neobișnuite, uneori paradoxale, și la alți stimuli (sonori, osmici, gustativi). Alteori a fost observată o anume insensibilitate a copilului la durere. Sunt autiști care reacționează cu plăcere la muzică, intră în ritm sau chiar pot învăța să cânte la instrumente. De asemenea, unii manifestă o adevărată fascinație pentru stimulii luminoși, în timp ce alții par a nu remarca contururile obiectelor (până la simptome specifice agnoziei optice). În general, se constată reacții ce denotă fie hipoestezie, fie hiperestezie, fie o alternanță bizară a celor două.

În domeniul afectiv-relațional, fenomenul cel mai izbitor este cel al absenței calităților empaticе. Dacă ipoteza conform căreia copilul autist este incapabil să stabilească „punți” afective între eul propriu și eul altei persoane se adevărește, atunci am putea explica multe din comportamentele defensive ale autiștilor, inclusiv evitarea contactului ocular, vorbirea impersonală sau indiferența față de fenomenele, obiectele și ființele din jur. Unele manifestări din sindromul Asperger ne dau o serie indicații în acest sens. Astfel de subiecți sunt, în general, prezenți în lume și întrețin relații interpersonale satisfăcătoare. Dificultățile devin însă vizibile în planul afectiv-empatic al comunicării. De exemplu, cei cu sindrom Asperger nu sunt capabili să intuiască, după expresia feței interlocutorului, stările sufletești ale acestuia (nu sesizează supărarea sau bucuria, surpriza sau neplăcerea etc.). Ei sunt nevoiți să învețe pur și simplu relația dintre o anume expresie facială și un anume tip de emoție. Pentru faptul că se străduiesc să rețină cognitiv niște detalii pe care oamenii obișnuiți le interpretează corect fără prea mult efort intelectual, sunt foarte predispuși la gafe în societate. Lasă impresia unor indivizi lipsiți de emoții și sentimente, preocupați excesiv de logică și abstracțiuni, neatenți cu ceilalți, nedelicați și excesiv de autocentrați. Deoarece au dificultăți în folosirea formulelor de politețe (neintuind rolul lor afectiv-facilitator), omit să le utilizeze sau o fac cu o stângăcie și lipsă de naturalețe ce generează adesea suspiciuni referitoare la sinceritatea lor. Au dificultăți grave, de multe ori insurmontabile, în inițierea și menținerea unei relații sentimentale. Revenind la copiii autiști, nu trebuie să oitem faptul că mulți dintre ei dezvoltă atașamente puternice și nejustificate față de anumite obiecte sau animale, din motive greu de înțeles (unele fiind probabil legate de tulburările din sfera perceptuală). Pe de altă parte, ei nu reacționează la semnele de afecțiune ale celor din jur și nici nu caută apreciere sau consolare. Deși, uneori par a nu reține figurile celor din ănturaj, dovedesc o memorie fidelă a locurilor, sesizând modificările efectuate. Acest lucru devine manifest în contextul nevoii compulsive de imuabilitate (*statu-quo* relațional și ambiental).

• *Sfera acțională și comportamentală*

Ceea ce ne frapează este, în primul rând, caracterul bizar, ritual și inadecvat al majorității actelor și comportamentelor autiștilor. Acestea pot să meargă până la cazuri extreme de automutilare (prin loviri repetate cu capul de perete sau prin autoagresiuni cu pumnii sau cu diferite obiecte dure). De regulă, reacțiile circulare domină, manifestându-se cel mai adesea prin comportamente stereotipe. Sunt argumente că acestea ar reprezenta mecanisme de apărare împotriva stimulărilor excesive sau angoasante ale mediului înconjurător (C. Mureșan, 2002). Manifestări benigne sunt mersul cu pași de balet, ticurile și deprinderile bizare de hrănire. Se remarcă mișcări de autostimulare (kinestezică: prin legănat stereotip înainte și înapoi; tactilă: prin percuții ale coapsei sau zgârieri cu unghia; auditivă: prin emiterea unor sunete monotone, uneori de intensitate mare; vizuală: fixarea privirii asupra unui obiect sau a unui fascicul luminos). Sunt însă și copii care nu suportă deplasarea cu autovehicule sau ascensoare.

Un alt aspect interesant este toleranța scăzută la schimbare. Copiii autiști sunt, de regulă, extrem de conservatori în ceea ce privește modificările programului zilnic, variațiile alimentare, reamenajările ambientale. Cei care pot urma cursuri școlare se caracterizează prin nevoia de a ocupa același loc în bancă sau la sala de mese, de a urma anumite trasee până la sala de curs sau de a-și aranja obiectele pe pupitru după o schemă spațială invariabilă. Jocurile lor au o desfășurare repetitivă, uneori cu conținut bizar, neatractiv pentru ceilalți copii. Dacă dintr-un motiv sau altul apar schimbări în mediul lor de viață sau rămân fără obiectele sau animalele de care s-au atașat, reacțiile de frustrare sunt prompte și violente, mergând până la crize histeriforme și autoagresiuni severe.

• *Ansamblul proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice*

Deși L. Kanner opinase inițial că simptomatologia autismului devine manifestă încă de la naștere, ulterior a admis că semnele caracteristice apar cam după vârsta de un an și jumătate, fără ca prin aceasta dovada instalării autismului să fie certă. În plus, după cum am mai menționat, tabloul simptomatologic diferă de la caz la caz. Iată de ce disfuncționalitățile constatate în planul întregii vieți psihice nu trebuie raportate la un set restrâns de indici diagnostici sau la o etiologie particulară, imposibil de precizat. Prin urmare, putem observa tulburări grave ale motivației, cogniției, afectivității, comunicării și conduitei concretizate în patternuri dintre cele mai diverse, ceea ce îngreunează încercarea de a le clasifica și ierarhiza. „Dihotomia caracteristicilor tipice în ‘deficitare’ și ‘normale’ sau ‘aproape normale’ în unele compartimente ale activității impune un diagnostic diferențial nu numai raportat la alte handicapuri, dar și o delimitare și identificare a unicității cazului cu autism din multitudinea formelor posibile de aceeași categorie afirmând, chiar în această situație, evoluția irepetabilă de la nivelul personogenezei. Deci, desprinderea sindromului autist de manifestările autiste secundare din alte

handicapuri presupune o prognoză corespunzătoare și elaborarea unor programe educațional-recuperative adaptate la specificul acestui handicap complex, dificil și cu o simptomatologie variată" (E. Verza, *op. cit.*, p. 13).

9. 4. SPECIFICUL PSIHODIAGNOZEI ÎN AUTISM

Problemele ivite în diagnosticarea autismului sunt generate, în principal, de tulburările de dezvoltare asociate, adesea manifeste. Pe de altă parte, precaritatea metodelor de testare și sensibilitatea discriminatorie redusă a celor mai multe dintre ele conduc la dificultăți majore în stabilirea diagnosticului diferențial și a celui de certitudine, mai ales la vârste mici, când se impune intervenția terapeutică precocă. În principiu, scalele de dezvoltare concepute pentru identificarea autismului ar trebui să aibă în vedere categoriile simptomatologice descrise mai sus. Nu trebuie ignorate nici studiile longitudinale, care să ofere o imagine asupra dinamicii handicapului prin raportare la seturile de criterii psihogenetice și psihodinamice cunoscute. În fine, anamneza detaliată și ancheta etiologică furnizează informații suplimentare, cu valoare discutabilă, în funcție de caz.

Elementele de bază, selectate de către Loma Wing și Judy Gould¹⁹ din mulțimea trăsăturilor observate în autism, au fost grupate în ceea ce este îndeobște cunoscut drept *triada Wing* (interacțiune socială, limbaj și comunicare, gândire și comportament), devenită între timp reper clasic în formularea criteriilor diagnostice cuprinse în normativele internaționale. Astfel, conform *DSM IV* (1994), pentru ca un diagnostic de autism să poată fi pus sunt necesare:

- (I) obținerea unui total de 6 sau mai multe răspunsuri pozitive la itemii celor trei secțiuni (fiind obligatorii cel puțin două la secțiunea A și câte unul la B, respectiv C).

A. *Dificultăți calitativ semnificative în interacțiunea socială*, datorate unor cauze cum ar fi:

- utilizarea inadecvată a comportamentelor non-verbale (postură, expresie facială, gestică, evitarea contactului ocular);
- eșec în stabilirea unor relații sociale cu persoane de aceeași vârstă, normale din punct de vedere developmental;
- absența intenției spontane de a împărtăși propriile bucurii, interese și realizări cu alte persoane;
- absența reciprocității emoționale sau sociale (nu participă activ la jocurile colective, preferând activitățile solitare și servindu-se de alții în scop instrumental).

¹⁹ Cf. L. Wing și J. Gould (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 9, 11-29.

- B. *Dificultăți calitativ semnificative în comunicare*, datorate unor cauze cum ar fi:
- întârziere în dezvoltare sau absență a limbajului verbal-oral, fără încercări de suplinire prin modalități paralingvistice (cum ar fi mimico-gesticulația);
 - lipsa capacității de a iniția și susține o conversație în condițiile prezenței limbajului verbal-oral;
 - utilizarea stereotipă și repetitivă a unor structuri verbale (aparținând limbajului comun sau personal);
 - absența jocului simbolic sau imaginativ (comparativ cu copiii normali, de aceeași vârstă).

C. *Patternuri restrictive, stereotipe și repetitive legate de comportamente, interese și activități*, cum ar fi:

- preocupări obsesive, stereotipe și restrictive legate de interese;
- dependență rigidă față unele conduite rutiniere sau comportamente rituale;
- manierisme motorii stereotipe și repetitive, nefuncționale;
- preocupare intensă legată de anumite obiecte sau de părți ale acestora.

(II) Constatarea unui retard sau a unei disfuncții în cel puțin una dintre următoarele domenii: interacțiune socială, limbaj, joc simbolic sau imaginativ (începând cu vârsta de trei ani).

(III) Excluderea simptomatologiei tipice sindromului Rhetts sau altor tulburări degenerative ce pot apărea în copilărie.

Diagnosticul diferențial se face în raport cu sindromul Asperger, debilitatea mintală și deficiențele senzoriale, precum și cu tulburările psihiatrice (în special cu schizofrenia):

- Spre deosebire de copiii autiști, cei cu sindrom Asperger au, de regulă, un IQ bun și manifestă chiar deprinderi intelectuale deosebite. Au un limbaj dezvoltat corespunzător vârstei, cu accent pe folosirea conceptelor abstracte. Sunt prezenți în lume și interacționează satisfăcător cu cei din jur.

- Deși nu este exclusă o asociere a debilității mintale cu autismul (în cadrul fenomenului de polihandicap), deficiențele de operare mintală observate se deosebesc de cele de tip oligofrenic prin discrepanțele mari constatate în rezolvarea unor sarcini sau în achiziționarea unor deprinderi (unul și același copil, în funcție de manifestarea comportamentală studiată, lăsând impresia că are uneori vârsta mintală a unui copil cu handicap de intelect profund, iar alteori că se situează la nivelul copiilor supradotați), precum și prin caracterul lor bizar. Cei cu debilitate mintală moderată interacționează într-o anumită măsură cu mediul, sunt capabili de un oarecare progres intelectual și se exteriorizează afectiv-motivațional.

- Lipsa de reacție la anumiți stimuli auditivi sau vizuali contrastează puternic cu preferința intensă pentru alții, de aceeași natură senzorială. Retenția față de comunicare, absența sau precaritatea limbajului verbal-oral la deficienții de auz ori a celui mimico-gestual la deficienții de vedere, precum și unele stereotipii motorii și psihomotorii ale acestora nu au nimic în comun cu autismul în afara unei asemănări absolut superficiale.

- Categoria nosologică a schizofreniei „cuprinde toate cazurile de alienare a personalității, caracterizate prin tulburarea permanentă și de o severă gravitate a raporturilor intelectuale, afective și sociale ale eului cu ceilalți și cu realitatea” (C. Enăchescu, *op. cit.*, p. 295).

Anumite aspecte particulare (referitoare la incidență, debut, dezvoltare mintală și dinamică psihică) fac necesară distingerea autismului ca tulburare de sine stătătoare. Este însă posibil ca, ajunși la vârsta maturității, unii autiști să prezinte tabloul clinic specific schizofreniei.

Trebuie spus că formularea unui diagnostic pe baza unui set restrâns de simptome este contraindicată, oricât de evocatoare ar putea acestea părea. De pildă, preferința neobișnuită a unui copil pentru solitudine poate să fie considerată drept semn patognomonic al autismului, fără ca alte explicații concurente să fie căutate. Maniera facilă de „etichetare” a unui astfel de comportament poate contribui la întărirea și perpetuarea simptomelor (într-un fel de „efect Pygmalion” *sui generis*). La fel de dăunătoare este și situația inversă, când, din teamă de a nu greși, se evită în mod expres formulările de tip diagnostic. „A evita diagnoza psihică pe motiv că pune o ‘etichetă’ sumară copilului și a te limita doar la analiza comportamentului poate conduce la interpretări greșite ale reacțiilor copilului și, în consecință, la răspunsuri educaționale inadecvate. În mod paradoxal, tocmai renunțarea la stabilirea unui diagnostic conduce adesea la ‘etichetări’ dintre cele mai diverse ale copilului autist, în funcție de anumite caracteristici ale comportamentului său, deoarece mintea noastră nu poate lucra fără categorizări și schematizări” (A. Apostol și C. B. Buică, 2002, pp. 15-16).

De altfel, Lorna Wing (1988)²⁰ prefera sintagma „*autistic continuum*”, argumentând în favoarea includerii sindromului Asperger într-o definiție mai cuprinzătoare a autismului. Autoarea condensa principalele simptome într-o suită cuprinzând atât cazurile minore (*least severely handicapped*), cât și pe cele foarte grave (*most severely handicapped*):

- *Interacțiunea socială*: inițiative unilaterale bizare; acceptare pasivă a inițiativelor celorlalți; apropiere motivată numai de trebuințe fizice; detașare și indiferență.

- *Comunicare socială (verbală și nonverbală)*: spontană, dar repetitivă, unilaterală, bizară; atitudine responsivă atunci când este abordat; comunicare doar a necesităților; lipsă de comunicare.

- *Imaginație socială*: desfășoară o singură activitate, în mod repetitiv, dar poate folosi alți copii ca „ajutoare mecanice”; se servește în mod corect de păpuși și alte jucării, dar într-o manieră repetitivă și necreativă; îi imită mecanic pe alții; nu denotă imaginație.

²⁰ Cf. Lorna Wing (1988). The Continuum of Autistic Characteristics. In E. Schopler și G. B. Mesibov (ed.), *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York: Plenum.

- *Patternuri reiterative ale activităților alese*: de tip abstract-verbal (e.g. întocmește orare, diagrame cu mișcările planetelor), recurge la interogații repetate; activități rutiniere complexe (e.g. ritualuri privind pregătirea pentru culcare, alinierea obiectelor, atașament pentru obiecte, mișcări ale întregului corp); acțiuni simple, axate pe obiecte (e.g. percuție, răsucitul obiectelor, mânuirea întrerupătoarelor de lumină etc.); acțiuni simple, autodirecționate (e.g. tapotarea feței, auto-agresiune).

- *Limbaj formal*: exprimare gramaticală, dar întortocheată și repetitivă, cu interpretări *ad-litteram* ale sensurilor cuvintelor; utilizare incorectă a pronumelor sau prepozițiilor, utilizare idiosincritică a cuvintelor sau frazelor, construcții lingvistice bizare²¹; limbaj limitat, cel mai adesea ecolalic; absență a limbajului.

- *Reactivitate la stimuli senzoriali* (constând în hipersensibilitate la zgomot, atracție pentru lumini, atingeri sau gusturi, autorăsucire; mirosirea obiectelor sau persoanelor; indiferență față de durere, frig etc.): minimă sau absentă; ocazională; evidentă; marcantă.

- *Mișcări* (fălăit din mâini, sărituri, legănat, mers pe vârfuri, poziții ciudate ale mâinii etc.): minime sau absente; ocazionale; evidente; marcante.

- *Deprinderi speciale* (referitoare la manipularea mecanismelor, interpretarea muzicală, desen, memorie mecanică, activități matematice, activități de construcție etc): deprindere de înalt nivel, cu mult peste cele specifice vârstei cronologice, foarte deosebită de celelalte abilități; o deprindere dezvoltată aproximativ normal, în timp ce celelalte sunt rămase considerabil în urma nivelului expectat pentru vârsta dată; o deprindere mai bine dezvoltată, dar toate aflate sub nivelul expectat; lipsa deprinderilor speciale (*apud* Lorna Wing, 1991, pp. 112-113).

Referitor la relația dintre *autism* (în concepția lui L. Kanner) și *sindromul Asperger*, au fost decelate atât elemente comune, cât și note distinctive. Elementele comune (reieșind din compararea articolelor *princeps* ale celor doi autori) sunt sintetizate după cum urmează:

- În ambele articole este evidențiată incidența sporită a cazurilor în ceea ce privește subiecții de sex masculin comparativ cu cei de sex feminin.
- Izolarea socială, egocentrismul și lipsa preocupării pentru sentimentele celorlalți (absența empatiei) sunt considerate drept caracteristici centrale atât în autism, cât și în sindromul Asperger.
- Trăsăturile particulare ale folosirii limbajului (lipsa utilizării sale ca instrument de interrelaționare, tendința de a inventa cuvinte și de a întrebuița limbajul în modalități idiosincritice, reiterarea întrebărilor etc.) sunt remarcate în mod identic.
- Aspectele deficitare ale comunicării nonverbale (contact ocular deficitar, caracter sărăcăcios ale mișcărilor și al exprimării gestuale, intonație vocală ciudată) au fost notate de ambii autori.

²¹ *Apud* H. Asperger (1944): „somnul meu de astăzi a fost lung, dar subțire”, „nu pot face asta glăsuind, ci doar din cap” (*Mündlich kann ich das nicht, aber köpflich*) etc.

- De asemenea, au fost observate lipsa jocului imaginativ flexibil, precum și comportamente ludice stereotipe, cu fixare pe anumite obiecte și ignorarea altora, colectarea de obiecte, patternuri repetitive ale activităților (incluzând disconfortul psihic produs de schimbări ale mediului de viață), mișcări stereotipe ale întregului corp.
- Ambii autori au constatat reacțiile bizare la stimulii senzoriali (incluzând hipersensibilitatea la zgomot, plăcerea pentru alimentele picante și fascinația – combinată cu deprinderea necesară – pentru obiectele ce se rotesc în jurul propriei axe, cum este titirezul).
- La fel, ambii au remarcat probleme comportamentale (negativism aparent, agresivitate față de oameni, acte de distrugere a obiectelor și agitație generală).
- Atât L. Kanner, cât și H. Asperger au evidențiat aptitudini speciale, în contrast cu tulburările de învățare din alte arii, referitoare îndeosebi la numerație și memoria mecanică (*ibid.*, p. 96).

Din păcate, H. Asperger nu a sintetizat, în maniera lui L. Kanner, criteriile diagnostice esențiale referitoare la sindromul descris, fapt ce nu a făcut decât să încurajeze proliferarea ambiguităților și a deosebirilor de detaliu. Totuși, câteva trăsături definitorii au fost selectate, gradul și amploarea deficiențelor fiind influențate de gravitatea tulburării pervazive:

- achiziționarea vorbirii înainte de împlinirea vârstei școlare și structurarea unui vocabular larg, concomitent cu însușirea rezonabilă a regulilor gramaticale;
- conștientizarea existenței celorlalți, în condițiile menținerii preferinței pentru solitudine (la care se adaugă intervenții sociale inadecvate, uneori răutăcioase);
- atracție predominantă pentru idei și teme abstracte (și mai puțin pentru subiecte de interes practic) (*apud ibid.*, pp. 96-97).

După Uta Frith (1991, p. 12), în opinia multor cercetători sindromul Asperger ar trebui tratat ca o entitate clinică distinctă, nu doar ca o simplă varietate de autism. Apartenența simptomatologiei la *continuum*-ul autistic nu va face decât să îngreuneze o astfel de diferențiere diagnostică.

9. 5. INTERVENȚII PSIHOPEDAGOGICE ÎN AUTISMUL INFANTIL

Rita Jordan și Stuart Powell (1995, pp. VIII-IX) atrageau atenția asupra faptului că ceea ce putem face este doar să descriem autismul „din propria noastră perspectivă ne-autistă. Tindem să-l interpretăm în termeni gen ‘cum ar fi pentru noi dacă am fi lipsiți de anumite tipuri de înțelegere’ (de exemplu, lipsa abilității de a înțelege intențiile altora). Această este, în mod necesar, o perspectivă limitată și rămâne astfel, motiv pentru care noi nu putem să ne dăm seama din interior cum i se înfățișează lumea persoanei cu autism”.

Acest lucru se răsfrânge în mod esențial asupra oricărui tip de intervenție terapeutică, chiar dacă programe precum TEACCH se străduiesc să creeze medii confortabile copilului autist (ceea ce ridică semne de întrebare cu privire la finalitatea lor, mai ales dacă ne gândim la obiectivul integrării într-o realitate ce nu face concesii modului autist de raportare la lume) (*ibid.*, p. 30)²².

Pentru R. Jordan și S. Powell (*ibid.*, pp. 5-6) este crucială înțelegerea dificultăților fundamentale existente la nivel *psihologic* atunci când se încearcă elaborarea unui curriculum adecvat necesităților educative și recuperatorii ale copilului autist. Programul terapeutic complex conține (*apud* I. Mușu *et al.*, 1997, p. 318) următoarele sarcini: învățarea limbajului, sporirea bagajului de cunoștințe, formarea deprinderilor motorii corespunzătoare, corectarea și ameliorarea comportamentului, integrarea socio-afectivă. În funcție de vârsta copilului și de severitatea tulburării, se pot obține rezultate promițătoare în urma ludoterapiei (ce servește la formarea și consolidarea progresivă a relațiilor de reciprocitate între copil și terapeut), meloterapiei (muzica substituind limbajul verbal oral), artterapiei (cu dublă funcție: de catharsis, respectiv de comunicare indirectă), teatrului de marionete. Terapia senzorialității trebuie începută abia după o atentă evaluare a reactivității generale și specifice a copilului, ținând cont de hiper- sau hipoesteziile constatate. Stimularea prin presiune profundă (strângeri în brațe sau „împachetări” în pături) se dovedește calmantă în unele cazuri, în timp ce în altele se recomandă desensibilizarea tactilă. Alteori, asocierea copiilor autiști cu copii având alte handicapuri (Down, IMOC), după principiul complementarității, poate conduce la rezultate benefice (V. Sirian și C. Dinescu, *op. cit.*).

Terapeutul trebuie să respecte idiosincraziile copilului, încercând să-i obțină cooperarea și nicidecum să i-o forțeze. De pildă, va evita contactul ocular sau adresarea directă dacă copilului îi displace această abordare. Referințele vor fi făcute către obiecte, acțiuni sau situații, chiar dacă ele privesc, în fapt, subiectul autist. Vor fi respectate, pe cât posibil, stereotipiile acestuia, deoarece încercarea intempestivă de a le destructurează naștere la reacții negative puternice care fac inutil orice program terapeutic. Medicația neuroleptică diminuează amplitudinea și frecvența anumitor simptome, însă nu tratează afecțiunea propriu-zisă. Eficiența redusă a programelor corectiv-recuperatorii are mai multe cauze, printre care etiologia incertă, severitatea tulburării și volumul redus al datelor privind dinamica vieții psihice a autiștilor sunt cele mai importante. Aceste programe sunt concepute în virtutea unor ipoteze despre ceea ce este autismul, însă adevărata natură a acestuia încă scapă cunoașterii științifice.

²² Temple Grandin reprezintă unul din cazurile reușite de recuperare în autism. Ea a reușit să se realizeze atât în plan academic, cât și în cel profesional (ca designer profesionist și ca femeie de afaceri). Actualmente susține prelegeri și conferințe în diferite țări ale lumii. Chiar și acum recunoaște faptul că percepe și înțelege lumea într-un mod aparte, găsind satisfacție în acest fapt. Își relatează impresiile într-o lucrare autobiografică (Temple Grandin. 1997. *Thinking in Pictures*. New York: Doubleday).

A recunoaște limitele concepțiilor noastre referitoare la autism și, mai ales, a rămâne permeabili la noi paradigme înseamnă în primul rând a evita capcana acelor patternuri stereotipe de gândire și activitate ce seamănă, curios de bine, cu rutinele circulare, obsesive și autosuficiente ale copilului autist²³.

9. 6. SURDOCECITATEA: DEFINIȚIE, ETIOLOGIE, CLASIFICARE

Termenul de „surdocecitate” se referă la deficiența senzorială dublă, de auz și de vedere, ale cărei efecte negative se răsfrâng asupra întregii vieții psihice a individului, ducând la fenomenul de *polihandicap*, ce se reflectă atât într-un pattern specific al dificultăților de învățare și comunicare, cât și în apariția unor dizabilități derivate ce stânjenesc sau obstrucționează dezvoltarea somatică și psihică de ansamblu prin restricțiile impuse utilizării auzului și vederii restante. Acest fapt determină:

- absența capacității de a comunica într-o manieră inteligibilă;
- dificultăți mari în stabilirea și menținerea unor relații interpersonale;
- formarea unor reprezentări distorsionate despre mediul înconjurător;
- nedezvoltarea capacității de a anticipa anumite evenimente sau consecințe ale propriilor acțiuni;
- carențe majore privind motivațiile extrinseci de bază;
- retard în creștere și dezvoltare, pe fondul unei patologii somatice supraadăugate;
- atitudini și intervenții inadecvate (etichetări de genul „oligofren” sau „bolnav psihic”; folosirea unor metode de educare și recuperare preluate *tale quale* din surdologie sau tiflogologie etc.) (cf. J. M. McInnes și J. A. Treffry, 1982, pp. 4-5).

Definițiile surdocecității sunt axate pe sublinierea legăturii dintre deficiențele senzoriale și cerințele de adaptare la mediu. Astfel, cea propusă în 1988 de *The Deafblind Services Liaison Group* din Marea Britanie se referă la acele persoane care au grad sever de deficiență combinată, auditivă și vizuală, ce conduce la probleme de comunicare, informare și mobilitate. Sunt incluși toți acei ce au handicap auditiv și vizual sever, congenital sau dobândit în copilăria timpurie, precum și aceia care au dezvoltat această tulburare la vârsta adultă. De asemenea, se referă și la indivizii care, având deja un tip sever de deficiență senzorială, se află în situația de a dezvolta și celălalt tip, cu prognostic nefavorabil. Sunt cuprinși și cei al căror grad de afectare a funcțiilor auditivă și vizuală este greu de precizat, dar care suportă aceleași consecințe în planul existenței cotidiene ca și ceilalți. În 1989, Departamentul Educației din aceeași țară sugera necesitatea considerării unui continuum al nevoilor speciale în surdocecitate, începând cu cazurile ușoare de dublă deficiență și ajungând la cele în care dificultățile de învățare profunde și multiple (*profound and multiple learning*

²³ Pentru indicații terapeutice în cazul sindromului Asperger, v. Hans Asperger (1952). *Heilpädagogik*. Berlin: Springer Verlag.

difficulties) interacționează cu deficiența vizual-auditivă. În același timp, sintagma „deficiență multisenzorială” (*multi-sensory impairment*) este utilizată curent în practica terapeutică pentru a semnaliza faptul că o persoană cu surdocecitate are nevoi educaționale și developmentale complexe, extrem de specifice.

Preocupările privind cunoașterea și terapia surdocecității sunt destul de vechi, iar cazurile celebre ale Olgăi Skorohodova și Iuliei Vinogradova (în fosta Uniune Sovietică), respectiv Hellenei Keller (din S.U.A.) au atras atenția atât asupra potențialului extraordinar al acestor persoane, cât și asupra valorii programelor terapeutice folosite.

Spre deosebire de autismul infantil, în cazul surdocecității cunoștințele pe care le deținem despre etiologia, dinamica și evoluția acestei forme de polihandicap fac posibilă conceperea și implementarea unor programe terapeutice eficiente, uneori cu efecte de-a dreptul spectaculoase (persoane adulte care duc o existență cvasi-independentă, călătorind, având un loc de muncă, întreținând relații interpersonale, participând la viața socială și culturală). La fel de adevărat însă este și faptul că întârzierea intervenției sau obligarea copilului cu surdocecitate de a urma un anumit curriculum indiferent de specificul deficienței sale sunt responsabile de nerealizarea deplină a potențialului său de dezvoltare. Diferența esențială între copilul normal din punct de vedere senzorial și intelectual și cel cu surdocecitate este aceea că, în timp ce primul este adeseori capabil să depășească prin resurse proprii greșelile pedagogice tranzitorii ale părinților sau cadrelor didactice, celălalt este cvasi-dependent de conținuturile transmise și de metodele practicate de către cei ce se preocupă de îngrijirea și educarea sa (de exemplu, un elev obișnuit poate suplini lacunele în informație sau deprinderi fie prin apel la redundanțele senzoriale și verbale, respectiv psihomotorii, frecvente în cursul unei activități școlare, fie prin comparații cu modele oferite de către alți copii sau adulți). Dacă, pentru copilul senzorial normal noi suntem *parte* a realității pe care el o poate percepe și explora și independent de ceea ce îi oferim, pentru copilul cu surdocecitate profundă noi *reprezentăm*, în fapt, realitatea, deoarece noi mijlocim majoritatea experiențelor senzoriale accesibile lui (informațiile primite pe calea celorlalte simțuri capătă, de regulă, semnificațiile pe care noi le atribuim în timpul interacțiunii cu copilul, acesta, cel puțin la început, neavând repere proprii în funcție de care să le evalueze).

Etiologia incriminată este, în general, cea care determină deficiențele de auz sau pe cele de vedere, dar în circa o treime din cazuri nu pot fi identificați factorii cauzali. Cele mai des întâlnite sunt anomaliile congenitale multiple. Sindromul CHARGE (de la inițialele, în limba engleză, ale următoarelor afecțiuni: colobom²⁴, malformații cardiace, atrezie²⁵ choanală, întârzieri în creștere și/sau

²⁴ Fisură a globului ocular. Se manifestă fie sub forma unei pupile de tip „gaura cheii” (colobom al irisului), fie ca malformații ale retinei ori ale nervului optic. Nu poate fi remediată chirurgical.

²⁵ Absență congenitală sau închidere patologică a unei deschideri, comunicații sau cavități organice.

dezvoltare, malformații urinare și/sau genitale, malformații ale urechii însoțite sau nu de deficiențe de auz), sindromul Usher²⁶, sindromul Down (trisomia 21), meningita și encefalita, prematuritatea, boli ale nou-născutului sunt mai des incriminate. Rubeola contractată de mamă în timpul sarcinii are efecte teratogene grave asupra fătului, în special atunci când acesta se află în perioada timpurie a dezvoltării, rezultând: pierderi auditive de tip neurosenzorial; cataractă, retinopatie, nistagmus, microftalmie, atrofie optică, glaucom; probleme cardiace: stenoza arterei pulmonare, defect de sept interventricular; probleme neurologice: letargie sau iritabilitate, ataxie, hipotonie, tetraplegie spastică; deficiență mintală (de diferite grade); întârziere în creștere și dezvoltare etc. Alte circa 70 de maladii și sindroame completează tabloul etiologic²⁷.

Deși cunoaște numeroase variante, în funcție de etiologie, evoluție, complicații, surdocecitatea se prezintă sub două forme distincte: congenitală, respectiv dobândită (sau întâmplătoare²⁸). Spre deosebire de cei care s-au născut având această deficiență și care nu au nici un fel de achiziții în sfera senzorial-perceptivă sau lingvistică, cei care au dobândit-o ulterior perioadei primilor trei ani de viață au avantajul formării reprezentărilor auditive și vizuale elementare (obiectuale și social-relaționale), precum și pe cel al însușirii fundamentelor comunicării verbal-orale. Acest lucru diferențiază clar conduitele psihopedagogice de urmat în continuare.

9. 7. TABLOUL SIMPTOMATOLOGIC COMPLEX AL SURDOCECITĂȚII. TRĂSĂTURI SPECIFICE ALE ACTIVITĂȚII PSIHICE

Așa cum am văzut, fiind un polihandicap, surdocecitatea nu reprezintă o simplă cumulare a deficiențelor de auz și de vedere. „Copilul cu surdocecitate nu este un copil surd care nu vede sau un copil orb care nu poate auzi. Nu este doar o problemă de surditate la care se adaugă orbirea, cum nu este doar o problemă de comunicare sau de percepție” (J. M. McInnes și J. A. Treffry, *op. cit.*, p. 4).

Prin urmare, dificultățile ce derivă din starea de polihandicap afectează nu numai domeniul senzorialității, ci și pe cel al personalității. Înainte de a discuta despre efectele în planul activității psihice superioare, vom enumera principalele manifestări specifice surdocecității la vârstă mică:

²⁶ Maladie ereditară descrisă prima oară de către oftalmologul scoțian Charles Usher în 1914. Se manifestă prin hipoacuzie sau surditate de percepție și retinopatie pigmentară (caracterizată prin hemeralopie, îngustarea concentrică a câmpului vizual, scăderea progresivă ireversibilă a acuității vizuale și, în final, atrofie optică și cecitate). Au fost identificate și descrise trei tipuri.

²⁷ E.g. sindromul Goldenhar, sindromul Huntington (sau mucopolizaharidoza II), sindromul Franconi, maladia Pyles, sifilisul congenital, displazia ectodermică (tip Marshall), toxoplasmoza congenitală etc.

²⁸ Se referă la dobândirea accidentală a deficienței (Hellen Keller a devenit deficientă de auz și văz la vârsta de 10 luni, ca urmare a unei meningite).

- diminuarea sau absența funcțiilor vizuală și auditivă, cu impact deosebit asupra percepției și reprezentării, comunicării și mobilității;
- defensă tactilă (manifestată fie prin eschivă bruscă, fie prin indiferență la atingere);
- absența vorbirii sau schițarea unor forme primitive de comunicare (prin atingere, apucare, indicare);
- retard în dezvoltarea inteligenței (în special a funcției simbolice, esențială pentru învățarea limbajului verbal);
- imaturitate afectivă, acompaniată de frustrări și labilitate emoțională (fără semnificație psihopatologică);
- frecvente tulburări posturale și psihomotorii;
- comportamente stereotipe (reacții circulare autoîntreținute), autostimulare;
- schemă corporală rudimentară, inactivă;
- incapacitate de a se situa psihologic în lume și de a se detașa ca entitate conștientă (eu) de alte ființe, obiecte sau fenomene;
- motivație redusă pentru explorare și cunoaștere.

Consecințele cele mai probabile se referă la:

- dificultăți în însușirea și dezvoltarea deprinderilor de comunicare;
- capacitate extrem de redusă de învățare spontană, ca urmare a limitelor severe impuse explorării și experimentării din proprie inițiativă;
- probleme în integrarea și asimilarea informațiilor primite pe celelalte căi senzoriale, reflectate în nivelul extrem de scăzut al înțelegerii;
- dificultăți majore în formarea conceptelor empirice, datorită lacunelor senzoriale și verbale ce nu permit abstractizarea și generalizarea datelor experiențelor curente;
- carențe în dezvoltarea deprinderilor psihomotorii și locomotorii;
- inadecvare a acțiunii și conduitei la cerințele situației, datorită feed-back-ului senzorial scăzut sau confuz;
- restrângerea accesului în diverse medii (fizice, sociale, educaționale), concomitent cu limitarea drastică a inițiativei, autonomiei și competenței sociale.

Prin urmare, activitatea psihică a persoanelor cu surdocecitate este marcată de unele particularități derivate din handicapul primar, ce se mențin chiar și după ani de terapie. În general, sunt remarcate următoarele aspecte specifice.

- De cele mai multe ori, deși există resturi de văz și de auz care ar permite atât formarea unor reprezentări vizuale și, respectiv, acustice elementare, cât și însușirea satisfăcătoare a unei forme de comunicare (limbaj verbal, mimico-gesticulație), se constată că ele sunt puțin și inefficient folosite. Antrenamentul auzului și vederii reziduale este posibil cu ajutor specializat care să stimuleze, să organizeze și să eficientizeze capacitățile restante și care să împiedice totodată cumularea efectelor negative ale ambliopiei și hipoacuziei combinate.

Fenomenul compensării psihice, atât de evident în deficiențele senzoriale simple, nu are aici o valoare adaptativă spontană prea mare, deoarece ambii tele-analizatori sunt sever deteriorați. În schimb, poate fi contraproductiv prin „efectul de mascare” a gravității sau extinderii handicapului.

- La copiii neglijăți din punct de vedere psihopedagogic se observă un retard masiv în dezvoltarea mintală, concomitent cu apariția și consolidarea unor note autiste majore (alienare, indiferență față de comunicare, comportamente stereotipe). Intervenția psihopedagogică timpurie împiedică amplificarea acestui retard și instalarea plafonării intelectuale după vârsta de 12-14 ani.

- La persoanele cu surdocecitate ce au o inteligență normală se constată unele trăsături specifice, precum reprezentări distorsionate ale unor fenomene, evenimente, contexte spațio-temporale ce nu pot fi investigate direct, generalizări pripite pornind de la date senzoriale superficiale sau de la informații verbale cu grad mare de abstractizare, supliniri inadecvate ale lacunelor din experiența de viață prin elaborări proprii, nesiguranță, confuzie și ineficiență în comunicare și în relațiile interpersonale datorită, pe de-o parte, dificultăților de recepționare și procesare a informațiilor, iar pe de alta, referențialului comun extrem de redus (aluziile, comparațiile, trimiterile la persoane, evenimente sau contexte fiind, de regulă, inoperante). Datorită experienței de viață precare și dificultăților de procesare a informațiilor, reprezentările anticipatorii ale unor evenimente viitoare sau cele privind consecințele propriilor acțiuni rămân adesea inoperante.

- Polihandicapul constă frecvent și în existența unei debilități mintale asociate, ceea ce indică deficiențe ale activității psihice ce depășesc cadrul particular al senzorialității. În aceste situații, recuperarea este doar parțială și presupune un program de intervenție extrem de individualizat. Deficitul de organizare mintală se reflectă în activitatea perceptivă, în psihomotricitate, în învățare și în abordarea situațiilor-problemă.

- Motivațiile și interesele persoanelor cu surdocecitate depind de nivelul de inteligență manifestat, de gradul de educație, de posibilitățile de informare și comunicare, de nivelul autonomiei personale și sociale, de experiențele particulare de viață. De regulă, anturajul familial și mediul educativ stimulativ contribuie la edificarea unui stil de viață eficient și orientat teleologic. Unii adulți îmbină complementar preocupările de tip intelectual cu cele manuale (bazate mai ales pe simțul haptic), în timp ce alții denotă preferințe mai accentuate pentru un anumit gen de activitate.

- Pot apărea unele trăsături negative de personalitate, precum dependență afectivă de o persoană apropiată, teamă exagerată de locuri și persoane necunoscute, complexe de inferioritate ori, dimpotrivă, vanitate nejustificată, interese și aspirații înguste sau nerealiste, intoleranță față de alte opinii sau experiențe, iritabilitate, încăpățănare, introvertire marcată, atitudine fatalistă în fața vieții. Multe dintre aceste manifestări sunt, de fapt, efecte ale raporturilor dintre individ și lume, și nu particularități derivate din deficiența propriu-zisă,

deoarece oamenii normali din punct de vedere senzorial tind să ignore ori să minimalizeze problemele de recepție și de exprimare ale celor cu surdocecitate, mai ales dacă aceștia sunt copii. Se observă atitudini (adeseori neconștientizate) de infantilizare sau desconsiderare, generate atât de curioștințele lacunare și limitate ale persoanei cu surdocecitate ori de deprinderile sale slab dezvoltate (în comunicare și interacțiune socială, activitate practică, orientare și deplasare), cât și de conduitele parentale hiperprotective sau de concepțiile stereotipe privind statutul inferior, de „asistat”, pe care aceasta se cuvine să-l aibă.

• Polihandicapul mai înseamnă și o serie de tulburări și deteriorări în plan somatic și fiziologic, cu ecouri negative profunde în cel al homeostaziei psihice.

În surdocecitate, diagnosticul formativ are o valoare mai mare decât cel constatativ, oferind indicii esențiale despre potențialul de dezvoltare al subiectului evaluat. Diagnosticul diferențial se face în special cu deficiențele mintale și cu autismul, având în vedere anumite similitudini comportamentale și performanțiale²⁹. În anumite situații, trebuie excluse tulburările afective întâlnite în unele afecțiuni psihiatrice, respectiv deficiențele psiho- și neuromotorii asociate unor maladii neurologice. Analiza calitativă prevalează, mai ales dacă ținem seama de insuficiența instrumentelor de testare³⁰.

În principiu, trebuie să se țină cont de așa numita *echivalență funcțională*, însemnând că, la fel cum comportamente diferite pot avea aceeași cauză sau aceeași semnificație, tot așa comportamente similare se pot datora unor factori foarte diferiți ori pot avea sensuri complet deosebite.

9. 8. LIMBAJ ȘI COMUNICARE ÎN SURDOCECITATE

Probabil că cel mai devastator efect al deficienței multisenzoriale se produce în sfera limbajului și a comunicării, de unde radiază consecințe negative secundare către toate funcțiile și procesele psihice, până în planul suprastructurat al personalității.

²⁹ Este evident că un copil lipsit de continua stimulare senzorială și verbală are un anumit grad de întârziere în dezvoltarea mintală. Folosirea probelor formative ne indică tocmai disponibilitatea copilului la învățare și progres intelectual, lucru pe care testele de tip normativ nu reușesc să-l facă. Pe de altă parte, aceeași lipsă de comunicare verbală și senzorială conduce la comportamente de tip autist, deoarece este imposibil să interacționezi cu persoane pe care nu le vezi sau nu le auzi, ori să le apreciezi stările emoționale atâta timp cât nu le poți compara cu cele proprii. O problemă suplimentară o constituie progresarea de la sesizarea permanenței obiectului și cartografierea spațiului imediat (cu alcătuirea indispensabilelor „hărți mintale”), la decentrarea cognitivă și afectivă și la elaborarea eului, respectiv a imaginii de sine.

³⁰ Remarcăm foarte recenta publicare de către A. Hathazi (sub egida SENSE International Romania) a unui îndrumător metodic privind evaluarea copilului cu surdocecitate.

Comunicarea înseamnă, înainte de toate, vehiculare de semnificații, ceea ce presupune selecția, codarea, transmiterea și decodarea semnalelor. Aceste semnificații se organizează și se ierarhizează în funcție de mai mulți factori printre care cei mai importanți sunt valoarea informațională, ușurința în emitere și transmitere, contextul comunicațional, fondul referențial comun al celor implicați. Astfel, deși cuvintele dețin rolul principal în comunicarea majorității oamenilor, există și situații în care un gest sau o acțiune sunt mult mai elocvente. Pe de altă parte, fluența în comunicare este aproape la fel de importantă ca și mesajul însuși, deoarece permite comutarea atenției de pe proces, pe semnificație. Ne explicăm astfel de ce persoanele surde preferă limbajul mimico-gestual în locul celui verbal-oral atunci când comunică între ele.

În surdocecitate, comunicarea se poate desfășura în forme variate.

- *Acțional*

Mișcări cu o anumită semnificație sau care oferă soluția la o problemă practică – cum ar fi, de pildă, îmbinarea unor piese de *puzzle*, încheierea la nasturi etc.

- *Acțional-indicativ*

Mișcări cu rol de atenționare³¹. „Scopul indicațiilor specifice este de a îi semnaliza copilului un set de acțiuni care vor urma, în așa fel încât el să înceapă să anticipeze evenimentele” (J. M. McInnes și J. A. Treffry, *op. cit.*, p. 69).

- *Mimico-gestual*

Grimase și gesturi ce exprimă stări emoționale, trebuințe, opinii, sau care dirijează atenția către un om, obiect sau fenomen; care se referă atât la o situație prezentă, cât și la o experiență trecută;

- *Prin semnale (signing)*

Gesturi artificiale extrem de concise, apropiate de semnele limbii, dar care au sens doar în contextul comunicațional. „Combinăția dintre necesitatea de manipulare și problemele vizuale specifice face imposibilă recunoașterea de către un copil DMS [deficient multi-senzorial, n.n.] a multor detalii de finețe care se regăsesc în limbajele convenționale prin semne. Pentru a rezolva această problemă trebuie făcute adaptări ale semnelor convenționale. [...] Numărul și tipul de ‘semne mari’ necesare vor varia la fiecare copil DMS în funcție de gradul de vedere reziduală a acestuia” (*ibid.*, pp. 69-70).

Sistemele Makaton sau Blissymbolic pot fi utilizate în comunicare, dar necesită o anumită perioadă de învățare, sub îndrumarea unor specialiști atestați.

- *Dactil*

La copiii cu resturi vizuale bune, dactilemele pot fi utilizate în maniera folosită în activitatea cu surzii. La ceilalți, cu deficiență auditiv-vizuală severă, trebuie utilizat sistemul dactil adaptat „scrierii” în palmă. La fel cum în educarea copiilor deficienți auditiv există o controversă privind utilitatea

³¹ Ce pot precede, însoți sau succeda însușirea comunicării prin gesturi.

limbajului mimico-gestual, opiniile specialiștilor în surdocecitate sunt împărțite atunci când dactilemele sunt înlocuite de gesturile palmare. Unii adulți cu surdocecitate se bazează pe „dactilografierea palmară”, alții preferă gesturile palmare; cei mai mulți, ca și neauzitorii de altfel, se folosesc de ambele, în funcție de necesitățile comunicării. Maniera obișnuită de dactilare palmară este aceea a specializării manuale: palma stângă este destinată (la dreptaci) recepției mesajelor, în timp ce cu degetele mâinii drepte se dactilează răspunsul. Se asigură astfel rapiditatea, fluența și feed-back-ul comunicării. Alte sisteme care implică simțul tactil sunt *Block* („scrierea” în palmă a literelor de tipar) și *Tadoma* („citirea” tactilă a vorbirii).

- *Verbal-oral*

Înșușirea vorbirii este posibilă la copiii cu auz rezidual bun, chiar dacă elementele prozodice sunt carentate sau lipsesc. Este însă nerealist să ne așteptăm la restrângerea limbajului gestual, deoarece acesta constituie, în fapt, baza comunicării (să nu uităm că, spre deosebire de neauzitor, copilul cu surdocecitate nu poate recurge eficient la labiolectură).

- *Verbal-scris în sistem Braille*

Reprezintă soluția optimă pentru învățarea scris-cititului la copiii cu deficiență auditiv-vizuală severă. Sunt urmate procedurile folosite în cazul nevăzătorilor, cu precizarea că ritmul învățării se poate dovedi mai lent și mai sincopat decât la aceștia datorită faptului că lipsește feed-back-ul auditiv. Pot fi folosite sistemele *Opticon* (aparat ce reproduce într-o reprezentare tactilă scrisul tipărit), *Teletouch* (conversie a unui mesaj scris pe tastatură standard de către un locutor fără deficiențe vizuale în alfabet Braille) sau *Canon Communicator* (instrument electronic ce prindează o bandă în alfabet Braille atunci când primește un mesaj în scriere obișnuită) (*apud* J. M. McInnes și J. A. Treffry, *op. cit.*, pp. 71-72).

9. 9. PRINCIPII ȘI STRATEGII DE EDUCARE ȘI RECUPERARE ÎN SURDOCECITATE

În introducerea cărții autobiografice a Olgăi Skorohodova³², I. A. Sokoleanski se referea la etapele procesului de reeducare a copiilor cu surdocecitate. Acestea sunt:

- *cunoașterea nemijlocită a obiectelor și fenomenelor lumii obiective* ce presupune introducerea copilului în lume și obișnuirea acestuia cu universul relațional uman. Implică observare și tact voluntar, conducând la analiză, diferențiere, identificare, recunoaștere. Imitarea conduitelor umane trebuie să fie urmată de inițiativă în interacțiunile sociale;

³² O. Skorohodova (1950). *Cum percep lumea exterioară* (trad. rom.). București: E.D.P.

- *Învățarea limbajului gestual*, ca mijloc intermediar de comunicare, deoarece gestul implică activarea și exersarea funcției simbolice; prin urmare, acesta are funcție evocatoare, determinând reactualizarea reprezentărilor și reproducerea acțiunilor desemnate;
- *Însușirea dactilemelor și a alfabetului Braille*, ca forme de limbaj verbal;
- *Învățarea scris-cititului în Braille* („demutizarea” cogniției și formarea limbajului interior);
- *achiziționarea vorbirii* (prin activități de ortofonie).

Actualmente, programele educativ-terapeutice exced sferile cogniției și comunicării, oferind modele echilibrate de intervenție psihopedagogică și în ariile motricității generale și fine, afectivității, orientării și mobilității, autonomiei personale și sociale.

J. M. McInnes și J. A. Treffry (*op. cit.*, p. 9) expun câteva reguli esențiale aflate la baza oricărui program educativ-terapeutic centrat pe copil.

- *Copilul cu DMS poate fi ajutat și educat pentru a se putea integra în societate, dacă nu se depistează, la examenul medical, nici o leziune cerebrală severă.* Diagnosticarea greșită poate conduce la plasarea copilului cu DMS în contexte educativ-recuperatorii nepotrivite, ceea ce amplifică manifestările sale negative. „Este extrem de ușor să emiți o sentință, care poate rămâne definitivă, pentru un copil DMS. Dacă plasezi un copil DMS în programe pentru retardați, pentru cei cu dereglări emoționale, surzi sau orbi și îl tratezi ca pe oricare alt copil din acest tip de programe, vei avea ca rezultat un copil a cărui dezvoltare este foarte înceată sau cu probleme și pe care, eventual, îl vei scoate din program datorită ‘lipsei de progres’” (*ibid.*, p. 10).

- *Sunt cazuri în care sistemele senzoriale sunt afectate în parte sau în întregime, fără ca mecanismul lor de funcționare să fie perturbat.* Se referă la inabilitatea copilului de a utiliza în mod eficient capacitățile senzoriale restante. „Copilul DMS sau cu nivel senzorial scăzut trebuie să fie expus la stimulări și informații senzoriale pe care le poate asimila. Cu cât crește toleranța sa la stimulare, tipul și intensitatea stimulului va crește, până ce copilul va putea fi funcțional într-un mediu normal” (*ibid.*, p. 11).

- *Înțelegerea mediului în care trăiește și dezvoltarea unei baze adecvate pentru comunicare constituie provocări permanente pe care un copil cu DMS trebuie să le depășească.* „Conceptul de bază în stabilirea programelor pentru copiii DMS este: o comunicare cu sens poate fi dezvoltată cu ajutorul unei intervenții pline de sens în raport cu mediul de viață” (*ibid.*, p. 12).

- *Copilul a fost privat de mulți dintre cei mai de seamă factori motivaționali extrinseci fundamentali (most basic extrinsic motivations) necesari unei dezvoltări normale, adică de stimulii externi esențiali ce trezesc și mențin interesul pentru lumea înconjurătoare.* Pe lângă faptul că acești stimuli stârnesc curiozitatea copilului normal și declanșează comportamente de explorare, ei permit elaborarea unor reprezentări anticipatorii despre ceea ce

tocmai urmează să se întâmple (de exemplu, zgomotul pașilor sau apariția unei umbre semnalează apropierea unei persoane). Lipsa unor astfel de pregătiri ia copilul cu DMS prin surprindere, mai ales că el, de regulă, nu știe la ce să se aștepte în continuare. „Capacitatea de anticipare este un factor de motivare puternic pentru intensificarea eforturilor în multe domenii de dezvoltare” (*ibid.*, p. 13).

- Unele deficiențe fizice ale copilului cu DMS pot fi remediate în timp, apelându-se la intervenții medico-chirurgicale (e vorba despre acele afecțiuni supra-adăugate, cum ar fi cataracta sau defectele de sept interventricular).

- Copilul cu DMS poate (și trebuie învățat) să folosească întregul său potențial senzorial rezidual. „Experiența ne-a arătat că mulți copii au un anumit grad de vedere și/sau auz rezidual și pot fi învățați să stăpânească input-ul senzorial și să evite supraîncărcarea senzorială, atunci când li se oferă un sprijin adecvat” (*ibid.*, pp. 15-16).

- Copilului cu DMS trebuie să i se asigure un mediu relațional stimulativ, pe care să-l și îl înțeleagă și să îl controleze. „Scopul oricărui program de succes este asigurarea unui mediu care să îi permită fiecărui copil să își dezvolte deprinderile sociale și stabilitatea afectivă cu ajutorul unei interacțiuni planificate, într-un cerc mai larg de copii și adulți. Orice program care se concentrează doar asupra creșterii interesului copilului, mobilității sale și comunicării, dar nu furnizează un mediu stimulativ, reacțional, conceput pentru o viitoare dezvoltare social-afectivă, poate duce la apariția unor serioase probleme afective datorită frustrărilor copilului care trăiește într-un mediu dirijat, restrictiv și asupra căruia are un control foarte redus sau chiar deloc” (*ibid.*, p. 39).

- Copilul cu DMS trebuie să aibă un program personalizat, permanent. Funcționarea continuă a unui astfel de program are scopul de a suplini stimularea permanentă de care copilul normal se bucură pe parcursul orelor sale de veghe. În plus, antrenează și mecanismele de atenuare senzorială ce permit ignorarea ori diminuarea unor stimuli exteriori atunci când se simte nevoia de odihnă, reverie sau, din contră, de concentrare asupra unei singure activități.

- Implicarea părinților este esențială. Constatăm adeseori că părinții nu participă, sau o fac prea puțin, la procesul educării și recuperării propriului lor copil. Acest lucru se datorează nu numai obligațiilor profesionale pe care aceștia le au, dar și încercării de a nu interfera negativ cu eforturile specialiștilor. Autorii citați opinează că „în afară de serviciile unei menajere, familia va mai avea nevoie de (1) o instruire în metodele de manipulare [fizică, n.n.] adecvate pentru copilul cu DMS, (2) asistență în planificarea activităților și în stabilirea cu grijă a unui program de dezvoltare pentru copil și (3) instruire în tehnicile de comunicare” (*ibid.*, p. 18).

Există o serie de metode și strategii recomandate în activitatea cu copiii cu surdocecitate. Astfel, curriculumul propus de Centrul Rebecca Goodman

(Marea Britanie) ³³, se axează pe patru domenii: limbaj și comunicare, dezvoltare personală și socială, maturizare intelectuală și dezvoltare perceptivă și, respectiv, fizică.

Etapele de implementare sunt tot în număr de patru, gradul de diferențiere între ariile curriculare crescând o dată cu avansarea în recuperare. Ele cuprind următoarele tipuri de activități:

- *etapa 1:*

stabilirea surselor fundamentale de securitate (baza relației terapeutice);

- *etapa 2:*

comunicare pre-formală; explorare co-activă; conștientizare și orientare; dezvoltarea simțului acțiunii modelatoare (*sense of agency*);

- *etapa 3:*

comunicare simbolică și însușirea conceptului de număr; mobilitate, antrenare motorie grosieră și fină, învățare timpurie prin joc; independență și afirmare, creativitate, sănătate și siguranță personală; deprinderi de interacțiune socială, deprinderi privind desfășurarea unei ocupații individuale și petrecerea timpului liber;

- *etapa 4:*

activități din curriculumul național (matematică, geografie, istorie, știință și tehnologie, engleză și limbi străine, artă și muzică etc.); activități speciale de scris-citit în Braille; dezvoltarea vorbirii, dezvoltarea independenței de mișcare, educație fizică; deprinderi de viață independentă, integrare, educație culturală, educație morală, etică și spirituală, educație sexuală.

Acest curriculum specializat se adresează copiilor și adolescenților cu surdocecitate cu vârste cuprinse între 2 și 19 ani. Obiectivul principal este acela ca fiecare să poată dobândi cel mai înalt nivel de autonomie personală și să poată atinge maximum de potențial în cele mai solicitante contexte.

Un concept recent este cel de *snoezelen* (care s-ar traduce prin „relaxare”, „reverie”), propus de Jan Hulsegge și Ad Verheul, psihologi olandezi. Acesta presupune trăirea unor experiențe senzoriale variate și complexe, într-un mediu securizant și relaxant, permițând persoanei cu polihandicap controlarea stimulilor vizuali, auditivi, tactili, olfactivi și exersarea unor combinații cât mai diversificate ale acestora sub supravegherea unui personal calificat. Atât în autism, cât și în surdocecitate, sub- sau supra-stimularea senzorială constituie obstacole serioase în reprezentarea, ordonarea, controlarea și modelarea cu sens a realității. Dacă subiectului îi

³³ (1994). *Meeting the Needs of Children who are Deaf-Blind*. London: Rebecca Goodman Centre.

lipsește deprinderea (sau capacitatea) de a analiza stimulii, de a le atribui sensuri, de a-i ierarhiza și de a-i folosi în interesul propriu, atunci lumea este percepută ca un spectacol imprevizibil, haotic și stresant, ce trebuie suportat în mod pasiv. Dacă însă stimulii pot fi organizați rațional, pot fi selectați și variați ca număr, intensitate, durată sau pot fi utilizați conform dorințelor proprii, copilului îi devine tot mai limpede faptul că poate avea o interacțiune semnificativă cu lumea și că inițiativa personală are consecințe ce, în multe cazuri, pot fi anticipate. Pornind de la controlul senzorialității, se trece ulterior la cel al mijloacelor de comunicare, facilitând învățarea cognitivă și socială. Esențial în toate aceste etape progresive este menținerea unei stări de confort personal, de încredere în sine și în intervenient, de interes pentru explorare și experimentare senzorială. Spațiul *snoezelen* presupune amenajarea unei camere speciale, dotate cu instalație de lumini, fibre optice sau fire luminescente, tuburi cu lichide în mișcare ascendent-descendentă (tip „lavă” sau bule colorate), saltele cu apă, canapea vibrantă sau muzicală, suprafețe cu diverse texturi, obiecte sau substanțe cu mirosuri deosebite, muzică ambientală. O astfel de cameră nu servește unor „lecții”, cu obiective de urmărit și exerciții de efectuat; experiențele particulare ale copilului pot însă servi activităților cuprinse în planul de intervenție personalizat, îmbunătățind atât maniera subiectului de a se raporta la mediu, cât și pe aceea de a relaționa cu anturajul³⁴.

³⁴ Cum lesne se poate presupune, costurile amenajării unui spațiu *snoezelen* sunt destul de mari, ceea ce face ca numărul unor astfel de dotări în țara noastră să fie foarte redus. Începând cu anul 2004, preșcolarii cu surdocecitate de la Grădinița pentru copii hipoacuzici din București beneficiază de o cameră *snoezelen*, cu sprijinul organizației SENSE Romania International și al unor sponsori străini.

TULBURĂRI DE LIMBAJ (I)

10. 1. OBIECTUL ȘI PROBLEMATICA LOGOPEDIEI; RELAȚIILE SALE INTERDISCIPLINARE

Logopedia (etimologic, „educația vorbirii”) are ca obiect prevenirea și corectarea tulburărilor de limbaj, precum și, într-un sens mai larg, studierea evoluției limbajului în contextul dezvoltării personalității (E. Verza, 1998). Logopedia este acea „disciplină psihopedagogică consacrată studierii și reeducării sau terapiei corective a limbajului deficient sau handicapat. Logopedia propune metode și procedee adecvate fiecăreia din tulburările de limbaj” (P. Popescu-Neveanu, 1978, p. 420).

Termenul ca atare pare să fie atestat prima oară la Socrate, însă sensul modern provine de la Emil Fröschels (1909), care îl utiliza făcând sublinierea că educarea limbajului trebuie să se realizeze în contextul dezvoltării întregii personalități. Un tratat american de „reabilitare a vorbirii” din 1947¹ își propunea ca obiective „studiul și tratamentul tulburărilor și defectelor de vorbire”. Mai târziu, E. M. Hvatjev (1959) definea *logopedia* drept „o disciplină pedagogică specială care se ocupă cu prevenirea și corectarea defectelor de vorbire”². Într-o comunicare din 1969³, C. Păunescu propunea constituirea unei noi discipline științifice, logologia. „Fixându-și ca obiect întregul proces de producere, organizare, structurare și comunicare prin limbaj (sub aspect normal și patologic), logologia edifică o concepție operațională asupra limbajului și își elaborează o metodologie de factură interdisciplinară. Ea nu se constituie ca o disciplină saturată de ‘originalitate’ [...], ci ca o sinteză cu o convergență specifică. Existența și eficiența ei sunt posibile numai în contextul disciplinelor fundamentale contemporane” (C. Păunescu, 1976b, p. 24).

¹ R. West, L. Kennedy, A. Carr, O. L. Backus (1947). *Rehabilitation of Speech*. New York etc.: Harper (apud C. Păunescu, 1976b, p. 14). Nu trebuie neglijat însă aportul conceptual și nosologic al lui Adolf Küssmaul care, în 1876, descrie un semn tipic al paraliziei progresive, constând în dificultatea marcată de pronunțare a unor cuvinte manifestată fie în dublarea unor consoane, fie în omiterea altora (G. Gorgos, 1988, p. 1009), și care, un an mai târziu, publică prima monografie modernă a defectelor de vorbire (1877. *Die Störungen der Sprache*).

² E. M. Hvatjev (1959). *Logopedia*. Moskva: Ucipedghiz (apud C. Păunescu, 1976b).

³ C. Păunescu (1969). *Logologie, une nouvelle discipline scientifique*. Louvain: Congrès de la Societas Logopedica Latina.

Această inovație terminologică nu s-a impus. A existat, de asemenea, o dispută cu privire la denumirea acestei discipline, unii preferând denumirea de „logopedie”, alții pe aceea de „foniatrie”, însă ulterior s-a ajuns la o delimitare mai precisă. Astfel, „foniatria se ocupă de întreținerea organelor fonatoare și de patologia vocii, iar logopedia de prevenirea, corectarea, studierea tulburărilor de limbaj și de realizarea procesului de înțelegere și transmisie corectă a informațiilor” (E. Verza, *in* Ursula Șchiopu, 1997, p. 422).

Deși practica logopedică este orientată cu precădere asupra problemelor fono-articulatorii ale copiilor, nu sunt neglijate nici problemele de vorbire ale tinerilor și adulților, mai ales când acestea se datorează unor tulburări mai vechi (cum ar fi balbismul) sau apar în urma unor afecțiuni medicale ce lezează centrul motor al vorbirii ori care interesează zone corticale mai extinse, cu atribuții în recunoașterea semnelor limbii (ca în cazul afaziilor). Practica logopedică este realizată de regulă de către profesioniști, fie cu formație psihopedagogică complexă (cum se întâmplă la noi în țară), fie cu specializări în domeniu.

Actualmente, obiectivul logopediei este acela de a considera tulburările de limbaj în contextul mai larg al personalității, depășind sfera îngustă a metodelor și tehnicilor de corectare. În primul tratat de logopedie apărut la noi în țară, E. Verza (2003, p. 27) remarcă faptul că „logopedia contemporană își definește, în prezent, menirea fără a se limita la corectarea tulburărilor de limbaj, la prevenirea și studierea lor; ea are în vedere educarea și restabilirea echilibrului psiho-fizic și dezvoltarea unei integre personalități, studierea comportamentului verbal și a relației acestuia cu personalitatea umană”.

Acest lucru se datorează faptului că tulburările de limbaj au atât o etiologie complexă, cât și implicații dintre cele mai diverse asupra activității psihice superioare.

Planul teoretic, fundamentat pe studierea mecanismelor psihice și neurofiziologice ale desfășurării limbajului raportate la condițiile obiective și subiective în care se desfășoară comunicarea verbală, împreună cu demersul practic-aplicativ concretizat în elaborarea unor tehnici, a unei metodologii adecvate educării limbajului tulburat, au ca scop final creșterea comunicării verbale atât prin prevenirea sau ameliorarea deficiențelor verbale, cât și prin stimularea comportamentelor verbale. E. Verza (*op. cit.*, pp. 28-29) sintetizează principalele obiective ale logopediei:

- studierea procesului comunicării și asigurarea unui climat optim dezvoltării și stimulării acesteia;
- prevenirea cauzelor care pot determina handicapurile de limbaj;
- studierea simptomatologiei handicapurilor de limbaj și dezvoltarea metodelor și procedeele adecvate cercetării lor;
- cunoașterea și prevenirea efectelor negative ale handicapurilor de limbaj asupra comportamentului și personalității logopatului;
- elaborarea unei metodologii de diagnoză și prognoză diferențiată în logopedie;

- popularizarea științei logopedice și pregătirea familiei și a școlii pentru a manifesta înțelegere și sprijin față de logopat;
- formarea unor specialiști logopezi cu o pregătire psihopedagogică, teoretică și practic-aplicativă, care să stăpânească terapia handicapurilor de limbaj;
- studierea și cunoașterea diferitelor aspecte ale deficiențelor senzoriale și mintale ce influențează constituirea structurilor limbajului;
- optimizarea activității logopedice atât pentru terapia handicapurilor de limbaj, cât și pentru evitarea eșecurilor școlare și comportamentale;
- depistarea populației cu deficiențe de limbaj, începând cu vârsta preșcolară și organizarea activității pentru prevenirea și recuperarea handicapurilor de limbaj.

Referindu-ne la relațiile interdisciplinare ale logopediei în contextul obiectivelor prezentate, remarcăm o paletă largă a acestora, incluzând atât discipline din corpusul psihologiei (psihologia copilului, psihopatologia, psihodiagnoza), cât și din cel medical (oto-rino-laringologia, chirurgia buco-maxilo-facială, neurologia) ori lingvistic (fonetica, lexicologia). Sintetizând contribuțiile principalelor discipline conexe, observăm că:

- *psihologia copilului* furnizează date privind etapele de dezvoltare și manifestare psiho-comportamentală la vârstele mici, precum și raportarea acestora la condițiile instructiv-educative și la capacitățile interne ale fiecărei persoane;
- *psihopedagogia specială*, în ansamblul ei, oferă informații referitoare la dinamica și mecanismele dezvoltării specifice diferitelor tipuri de handicapuri;
- *psihologia generală* face posibilă cunoașterea mecanismelor de dezvoltare a limbajului, a funcțiilor sale și a rolului acestora în viața psihică;
- *lingvistica* prezintă modul fono-articulator de structurare a limbajului și avansează ipoteze cu privire la apariția acestuia (vezi teoria inneistă a lui N. Chomsky);
- *științele medicale* prezintă acele date care conturează tabloul complex etiologic și semiologic al tulburărilor de limbaj, îndeosebi când este vorba despre cauze organice, explică patologia organelor fono-articulatorii și implicațiile acesteia asupra formării și evoluției limbajului, precum și rolul tratamentului medicamentos și chirurgical în remedierea sau ameliorarea tulburărilor de limbaj.

Pe de altă parte, „logopedia pune la dispoziția acestor științe o serie de date de un interes deosebit pentru înțelegerea etiologiei și simptomatologiei tulburărilor de limbaj, a mecanismelor și dinamicii formării vorbirii corecte sub influența acțiunii educative, a rolului jucat de emisia-recepția corectă a vorbirii pentru dezvoltarea psihică a fiecărei persoane și pentru adaptarea sa la mediul social” (E. Verza, *ibid.*, p. 30).

De altfel, pentru atingerea acestor obiective, activitatea logopedică trebuie să se desfășoare în echipă, cu stabilirea unor relații de complementaritate între diversele specialități interesate. „Această investigație este cu atât mai necesară, cu cât se are în vedere unitatea dialectică dintre limbaj și psihic, în general, și limbaj și gândire, în special” (*ibid.*).

10. 2. LIMBAJ ȘI DEZVOLTARE INTELECTUALĂ

Referindu-se la contextul relației dintre gândire și limbaj, L. S. Vâgotski (1934, p. 84) nota importanța vârstei de doi ani, considerată drept momentul din care „limbajul devine intelectual, iar gândirea devine verbală”. Acest lucru poate fi evidențiat atât prin creșterea bruscă a volumului vocabularului, cât și prin faptul că copilul caută să-l lărgască în mod activ (etapa „marii identificări” sau a întrebării „ce este?”). La rândul său, J. Piaget și B. Inhelder (1966, p. 73) comparau conduitele verbale cu cele senzoriomotorii, remarcând că „în timp ce conduitele senzoriomotorii sunt nevoite să urmeze evenimentele fără a putea depăși viteza acțiunii, primele, datorită relatărilor și evocărilor de tot felul, pot introduce legături cu o rapiditate mult superioară. În al doilea rând, în timp ce adaptările senzoriomotorii se limitează la spațiul și timpul apropiat, limbajul permite gândirii să cuprindă întinderi spațio-temporale mult mai vaste și să se elibereze de ambianța imediată. În al treilea rând (și ca urmare a celor două deosebiri precedente), în timp ce inteligența senzoriomotorie înaintează prin acte succesive și din aproape în aproape, gândirea ajunge, în special datorită limbajului, la reprezentări de ansamblu simultane”.

Limbajul se dezvoltă concomitent cu funcția simbolică, dar, spre deosebire de simbolurile alese sau create de către copil pentru a desemna un semnificat, componentele limbajului (foneme, grafeme, gesturi etc.) au fost concepute, rafinate și definitivate de către adulți, ceea ce le conferă avantaje operaționale incomparabile cu cele dintâi⁴. „Copilul trece extrem de repede de la stadiul de examinare a cuvântului ca însușire calitativă a obiectului, la semnificația convențională a cuvintelor” (L. S. Vâgotski, 1924-1934, p. 163).

⁴ „Deci, semnificația cuvântului există mai întâi obiectiv pentru alții, și numai după aceea începe să existe și pentru copil” (L. S. Vâgotski, 1924-1934, p. 145). J. Piaget și B. Inhelder (1966, p. 73) arătau și ei că „în acest proces formator, limbajul joacă un rol deosebit de important, deoarece, contrar altor instrumente semiotice (imagini etc.) care sunt construite de individ pe măsură ce se dezvoltă trebuințele, limbajul este gata elaborat de societate și conține dinainte, pentru uzul indivizilor care îl învață înainte de a contribui la îmbogățirea lui, un ansamblu de instrumente cognitive (relații, clasificări etc.) pus în serviciul gândirii”.

Luând în discuție relația dintre gândire și limbaj, M. Zlate (1999, p. 237) indica faptul că „gândirea este mijlocită de *limbaj*, care apare într-o dublă ipostază: mai întâi ca instrument de exteriorizare a produselor gândirii (fără această exteriorizare fiind aproape imposibilă afirmarea existenței gândirii), apoi ca mijloc de asimilare, de preluare din afară a informațiilor ce urmează a fi prelucrate. Gândirea omului este prin excelență verbală, ea uzează de modelele lingvistice, preia semnificații pentru a semnifica, iar în demersurile sale operaționale și constructiv-rezolvative își subordonează structurile lingvistice”.

P. Oléron (1978, pp. 52-53) observa însă că relațiile formelor de comunicare verbală cu obiectul sunt, în parte, echivoce. „Raporturile dintre formele gramaticale și marile categorii, izolate de către filosofi (nume și substanță, verb și acțiune, adjectiv și calitate) au fost discutate fără ca o corespondență indiscutabilă să fi putut fi constatată”.

Indiferent cât de complicată este relația dintre gândire și limbaj, trebuie să observăm că cele două se influențează reciproc: gândirea se folosește de limbaj atât pentru nevoile sale operaționale, cât și pentru exprimarea și organizarea rezultatelor acestor prelucrări; limbajul se nuanțează și evoluează o dată cu maturizarea intelectuală. De asemenea, deficiențele de la nivel intelectual se repercutează asupra limbajului, fenomenul invers având și el efecte negative (pseudodebilitate mintală generată de lipsa comunicării). Studiind conduita verbală a școlarilor mici (normali, deficienți mintal și logopați), E. Verza (1973) a constatat că limbajul verbal este mai ușor modelabil de către intervențiile educative în comparație cu inteligența. „Culturalizarea” intensă a conduitei verbale în timpul școlarizării determină solicitarea intensă a planurilor intelectuale, având ca efect stimularea acestora. Totuși, la copiii deficienți mintal, exagerarea metodelor expozitiv-verbale în defavoarea celor acționale, bazate pe suport concret-intuitiv, poate conduce la golirea de substanță a conduitei verbale și, deci, la denaturarea funcției sale relațional-adaptative.

10. 3. ETAPELE DEZVOLTĂRII LIMBAJULUI LA COPILUL NORMAL

Dezvoltarea limbajului în ontogeneză are o evoluție specifică în raport cu celelalte procese psihice, în sensul că prezintă un ritm accelerat, particularizat de la individ la individ, în funcție de structura sistemului său nervos, de cea a aparatului fono-articulator ori de condițiile socio-culturale ambientale (atmosfera lingvistică existentă).

Cronologic, etapele dezvoltării limbajului la copilul normal se derulează astfel (*apud* P. Golu, M. Zlate și E. Verza, 1991, Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, E. Bonchiș, 2000):

- În primele luni după naștere, domină comunicare nonverbală. Se remarcă însă numeroase emisii vocale, asociate mai ales unor stări de disconfort. Treptat, aceste emisii sonore se nuanțează, dobândind specificitate și adresabilitate.

Pe la trei luni debutează gânguritul (chiar și la copiii cu surditate congenitală), urmat apoi de lalațiune. Descoperirea capacității de a genera sunete după propria dorință și a faptului că adulții reacționează la acestea încurajează copilul să persevereze în emisiile sale sonore. Acestea capătă o evidentă funcție ludică, fenomen observabil și mai târziu (de exemplu, la preșcolarul mic, care se amuză inventând cuvinte noi). Silabele încep să fie folosite pe scară largă, lor asociindu-li-se diverse stări afectiv-motivaționale sau intenționalități clare. Formele de comunicare non-verbală rămân încă foarte active, având rolul de a suplini sau preciza sensul emisiilor sonore. Există o anumită ordine a apariției fonemelor, determinată de manifestarea unei serii de „opoziiții distinctive” (R. Jakobson, 1963) între foneme dispuse într-o relație polară⁵.

- În jurul vârstei de un an, interesul copilului se comută pe folosirea cuvintelor și, deci, pe descoperirea sensurilor acestora. Părinții și cei apropiați îl învață folosirea corectă a acestora atât prin indicarea semnificațiilor (la început servindu-se de referințe la ființe, obiecte, fenomene, stări afective concrete, direct observabile, apoi detașându-se de planul experienței imediate, prin generalizări și abstractizări). Chiar dacă adesea copilul nu reține forma corectă a denumirilor sau se servește de ele în mod necorespunzător, treptat el va intui sensul și utilizarea lor corectă. Totuși, concretismul evident al inteligenței senzoriomotorii se răsfârge în mod masiv asupra verbalizărilor copilului mic. Primele sale cuvinte atestă exersările sale fonematice (latura impresivă a limbajului fiind mai dezvoltată decât cea expresivă), experiența sa de viață, precum și interesele sale pregnante („mama”, „tata”, „papa”, „bobo” etc.). Se dezvoltă exprimarea holofrastică (cuvinte cu funcție propozițională), aceasta fiind intens susținută de mimico-gesticulație. Existența unui decalaj semnificativ între ceea ce înțelege copilul (competența sa verbală) și ceea ce poate exprima (performanța) poate conduce la un dezechilibru frustrant între nevoia de comunicare a copilului și posibilitățile sale limitate. Acest lucru poate constitui punctul de plecare al unor tulburări de limbaj viitoare (bâlbâiala fiind una dintre ele).

- În cursul primului an de viață, folosirea holofrazelor (în număr de circa o sută) este emblematică pentru specificul vorbirii copilului. Din acest motiv (dar și din alte cauze, precum experiența de viață redusă, nivelul scăzut de maturizare a proceselor psihice, lipsa operațiilor gândirii etc.), vorbirea sa este extrem de dependentă de situația concretă la care se referă. Se remarcă două

⁵ „În mod obișnuit, limbajul infantil începe, și disoluția limbajului la afazic, chiar înainte de pierderea sa completă, se termină, prin ceea ce specialiștii în psihopatologie au denumit 'stadiul labial'. În cursul acestei faze, subiecții nu sunt capabili să emită decât un singur tip de enunț, transcris de obicei prin /pa/. Din punct de vedere articulator, cele două constituențe ale acestui enunț reprezintă două configurații polare ale aparatului vocal [...]. Astfel cadrul fonematic elementar, silaba, este stabilit” (R. Jakobson, 1963, p. 136).

tipuri de limbaj: „*mic*” (infantil, cunoscut doar de către cei apropiați, format mai ales din onomatopee, holofraze, cuvinte create de către copil și lipsit fiind de structură gramaticală) și *situativ* (saturat de denumiri concrete, onomatopee și mimico-gesticulație, dar având o oarecare structură gramaticală). Începând cu vârsta de doi ani, limbajul mic se dizolvă în cel situativ. Acesta din urmă devine important după vârsta de doi ani și rămâne activ până la cinci, șase ani, chiar dacă, în paralel, se va dezvolta o altă formă, superioară, limbajul *contextual* (structurat logico-gramatical), ce se va impune mai târziu (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 103). Deprinderile fono-articulatorii ale copilului se structurează și se dezvoltă în conformitate cu două principii.

„Primul este principiul economiei (evident în numeroase eliziuni ce neutralizează cuvintele mai lungi, dar și în înlocuirea articulărilor dificile cu articulări mai simple și ușor de pronunțat). Al doilea principiu este al tendinței de repetiție (reacții circulare), evident în tendința de repetiție a silabei accentuate a cuvintelor, în caz că urmează silabe mai complexe” (*ibid.*, p. 106).

Numele este însușit întâi ca etichetă verbală (de unde și autodesemnarea prin recurgerea la nume, iar nu la pronumele personal pers. I sg.). La trei ani, o dată cu dezvoltarea funcției simbolice, copilul devine capabil să sesizeze importanța deicticelor în comunicare (pronumele, adverbele etc.). Formele pronumelui și adjectivului posesiv sunt mai frecvent folosite datorită fenomenului de „extensiune a eului⁶” (G. W. Allport).

• Între trei și șase ani, vorbirea copilului se dezvoltă în mod remarcabil, mai ales sub efectul stimulării pedagogice (de la grădiniță). Dacă, la trei ani, volumul vocabularului oscilează între 400 și 1000 de cuvinte (cel pasiv fiind mult mai dezvoltat decât cel activ), către șase ani se poate ajunge chiar la 2500 de cuvinte (în medie fiind utilizate circa 2000). Dacă substantivele domină etapa „marii identificări” (întrebarea uzuală fiind „ce este?”), ulterior încep să devină importante verbele (mai ales cele ce desemnează acțiuni concrete) și abia mai târziu adjectivale. Expresivitatea vorbirii se îmbunătățește o dată cu formarea unui stil personal de comunicare. Pe de altă parte însă, eforturile de standardizare a vorbirii copilului (desfășurate cu precădere la grădiniță) conduc la o disciplinare și structurare a fluxului verbal, cu efecte benefice atât asupra clarității exprimării, cât și referitor la formulările logico-gramaticale de la nivel mintal. Trebuie precizat faptul că „limbajul copilului preșcolar nu poate fi studiat în afara particularităților generale de vârstă, pentru că limitele de vârstă reprezintă niveluri și structuri consolidate prin experiența ontogenetică (învățare și educație) care își au o logică și o dialectică a lor” (E. Verza și F. E. Verza, 2000, p. 112).

Tot în această perioadă capătă semnificație logopedică deficiențele de vorbire ale copilului, cele mai numeroase fiind tulburările de pronunție.

⁶ Pe care G. W. Allport (1961, p. 131) îl vedea în relație cu apariția simțului proprietății.

• O dată cu debutul școlarității se observă dezvoltarea masivă a limbajului, vorbirii adăugându-i-se scris-cititul. Standardizarea lingvistică practică în activitatea școlară, ca și redundanțele verbale frecvente (mai ales la clasele mici, unde o lecție este citită de mai multe ori și unde aceleași cunoștințe sunt însușite și exersate atât oral, cât și grafic) determină nu doar o creștere în volum a vocabularului ori o îmbunătățire a morfosintacticii, ci și o restructurare calitativă profundă în planul logico-semantic. Copilul începe să folosească tot mai mult limbajul ca pe un instrument de vehiculare a informației și de ordonare a ideii proprii, acesta trecând din stadiul „limbajului extern pentru sine” în cel al limbajului intern (P. I. Galperin). Consolidarea și automatizarea schemelor verbo-motorii ale articulației concomitent cu maturizarea somatică și funcțională a organelor fono-articulatorii diminuează decalajul încă evident dintre latura impresivă și cea expresivă a limbajului. Către sfârșitul perioadei (10 ani) se observă constituirea unui stil propriu de comunicare, în condițiile în care formalismul relaționării de tip școlar este foarte activ. Micii școlari își adecvează tot mai bine maniera de adresare în funcție de interlocutor și de context. Se remarcă și micile strategii verbale orientate fie către persuadarea celui alt (părinte, cel mai adesea), fie către evitarea unei situații dezavantajoase sau neplăcute (prin exprimări eufemistice ori parțial adevărate).

• La pubertate, exprimarea verbală devine coerentă și fluentă, fiind integrată în sistemul mai complex al comunicării. Indicii non-verbali, precum și accentul pus pe elementele prozodice ale limbii nuanțează enorm relaționarea. Se dezvoltă exprimarea argotică, inovațiile lingvistice fiind parte integrantă a manifestării crizei de originalitate⁷. Pe de altă parte, crește interesul pentru exprimarea academică, mai ales în scris. Compunerile și eseurile servesc atât la elaborarea unui stil propriu, cât și la ordonarea și rafinarea ideilor. În același timp, lecturile stimulează dezvoltarea cantitativă și calitativă a vocabularului. Limbajul se echilibrează atât în planul competenței, cât și în cel al performanței verbale la adolescență, când devine un instrument fin acordat la capacitățile intelectuale și creative ale tânărului. Nu întâmplător marile creații poetice apar în această perioadă, reflectând, în ceea ce ne privește, gradul impresionant al autocontrolului verbal.

10. 4. CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

Deși criteriile folosite de-a lungul timpului în încercarea de a realiza o clasificare satisfăcătoare a tulburărilor de limbaj au fost multiple (anatomofiziologice, lingvistice, etiologice, simptomatologice, psihologice), nici una din taxonomiile prezentate nu a reușit, în cadrul restrâns al unei specialități date, să surprindă tabloul complet al acestui tip de handicap.

⁷ Cf. Ursula Șchiopu (1979). *Criza de originalitate la adolescenți*. București: E.D.P.

C. Păunescu și colaboratorii (1976b, pp. 271-272) menționau trei categorii mari de sindroame care afectează limbajul:

- *Sindrom dismaturativ*: manifestat prin întârzierea simplă în apariția și dezvoltarea vorbirii; dislalia de evoluție – condiționată fie de un ritm propriu de dezvoltare, fie de o frenare și o încetinire a ritmului obișnuit de dezvoltare datorită unor cauze somatice, afective, sociale.

- *Sindroame extrinseci*: dislalia, disartria și disritmia. Dislalia, individualizată ca sindrom, apare în deficiențele organelor periferice ale vorbirii, în paralizii periferice și în deficiențele de auz de diferite grade; disartria se diferențiază după forma sa clinică și după deficitul motor a cărui consecință este în aria piramidală, extrapiramidală și, respectiv, cerebeloasă; disritmia grupează bâlbâiala motorie simplă, tahilalia și bradilalia.

- *Sindroame intrinseci*: caracterizate printr-o simptomatologie de tip afazic, comportând tulburarea elaborării ideationale a limbajului – afazia (sindromul dezintegrativ) și disfazia. „În anumite condiții, fiecare din cele trei categorii sindromologice mari poate apărea cu o intensitate extremă, realizând aspectul nedevelopării limbajului și vorbirii sau alalia” (*ibid.*, p. 272).

Trebuie să remarcăm aici obligația comparării simptomatologiei observate cu semiologia altor tulburări de limbaj în vederea formulării diagnosticului de certitudine.

Subliniind importanța tratării multidisciplinare, E. Verza (2003, pp. 34-35) stabilește următoarea împărțire categorială a tulburărilor de limbaj:

- tulburări de pronunție (dislalia, rinolalia, dizartria);
- tulburări de ritm și fluentă a vorbirii (bâlbâiala și logonevroza, tahi- și bradilalia, aftongia, tumultus sermonis);
- tulburări de voce (fonastenia, disfonia, afonia, mutația patologică a vocii);
- tulburări ale limbajului scris-citit (dislexo-disgrafia, alexia, agafia);
- tulburări polimorfe (alalia, afazia);
- tulburări de dezvoltare (mutismul electiv, retardul de limbaj, disfuncții verbale asociate autismului infantil sau altor handicapuri precum cel de intelect și cel de auz);
- tulburări asociate unor afecțiuni de tip psihopatologic sau psihiatric (dislogia, ecolalia, jargonofazia, bradifazia).

Această taxonomie trebuie considerată prin prisma *legilor logopedice*, formulate de către E. Verza (*op. cit.*, pp. 36-39), legi care determină cadrul metodologic de implementare a demersurilor corectiv-recuperatorii în logopedie:

- orice abatere, în formă și conținut, de la vorbirea standard, marcată prin disfuncționalitatea expresiei și a receptivității limbajului, constituie o tulburare a acestuia;
- orice tulburare de limbaj are tendința de a se agrava și consolida în timp, ca deprindere negativă;
- tulburările de limbaj nu presupun un deficit de intelect sau senzorial, dar atunci când apar pe un asemenea fond, ele sunt mult mai grave și mai extinse;

- tulburările de limbaj au o frecvență mai mare în copilărie și în perioadele de constituire a limbajului, ca urmare a fragilității aparatului fono-articulator și a sistemelor cerebrale implicate în vorbire;
- toate tulburările de limbaj au un caracter tranzitoriu și sunt corectabile, educabile, prin metode specific logopedice și printr-o serie de procedee cu caracter general;
- tulburările de limbaj, începând cu cele mai simple, produc efecte negative asupra personalității și comportamentului subiectului, deoarece ele sunt trăite dramatic și tensional pe fondul unei frustrări și anxietăți;
- tulburările de limbaj nu se transmit ereditar, în timp ce unele structuri anatomice care facilitează producerea acestora se pot regăsi la descendenți;
- tulburările de vorbire, până la vârsta de 3-3,6 ani, nu au o semnificație logopedică sau defectologică, ci una fiziologică, atunci când sunt produse ca urmare a nematurizării aparatului fonoarticulator sau a sistemelor cerebrale implicate în vorbire;
- tulburările de limbaj prezintă o incidență mai mare și o simptomatologie mai gravă la subiecții de sex masculin comparativ cu cei de sex feminin;
- terapia tulburărilor de limbaj se bazează pe o metodologie corectiv-recuperatorie ce se realizează în relație cu stimularea și dezvoltarea întregii activități psihice a subiectului și armonizarea comportamentelor sale la condițiile mediului înconjurător.

Aceste legi creează, de asemenea, cadrul de exprimare a cerințelor de tip deontologic referitoare nu doar la abordarea corectiv-recuperatorie, dar și la cea socială și educațională a tulburărilor de limbaj.

10. 5. CAUZELE GENERALE ALE TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

După N. Toncescu (*in* C. Păunescu, 1976b, p. 251), absența, apariția tardivă sau deficiențele de vorbire se pot datora următoarelor tipuri de cauze:

- deficiențe la nivelul global al personalității, care se repercutează și asupra limbajului (vorbirii), cum este cazul în deficiențele mintale sau autism;
- deficitul instrumental, ce afectează instrumentele de recepție și expresie ale vorbirii: deficiențele de auz, malformații ale organelor fono-articulatorii, paralizii ale neuronilor motori periferici, insuficiența motorie cu origine centrală;
- deficitul de limbaj și de vorbire propriu-zis: tulburare primitivă a limbajului, ducând la forme de retard sau de alterare a vorbirii ori recepției, cu efecte asupra intelectului, afectivității, comportamentului.

E. Verza (2003, pp. 31-33) sistematizează astfel etiologia tulburărilor de limbaj:

- *cauze prenatale*: incompatibilitate de factor Rh, boli infecțioase și intoxicații ale femeii gravide, carențe nutriționale, malformații fetale, traumatisme abdominale, chiar șoc psihic (cu efecte insidioase asupra dezvoltării funcțiilor psihofiziologice ale fătului);

- *cauze perinatale*: sarcini distocice, cu travaliu îndelungat sau însoțit de complicații, asfixii sau compresii produse de manevre obstetricale greșite, anoxie cerebrală cauzată de înfășurarea cordonului ombilical în jurul gâtului copilului, microhemoragii intracraniene etc.;

- *cauze postnatale*: organice (de natură centrală sau periferică; malformații sau anomalii anatomice, disfuncții fiziologice; boli ale primei copilării și afecțiuni cronice debilitante), funcționale (tulburări ale laturii impulsive sau expresive a limbajului; deficiențe ale respirației sau fono-articulației; insuficiențe funcționale la nivelul sistemului nervos central, dificultăți în realizarea schemelor complexe verbo-motorii etc.), psiho-neurologice (mai frecvent întâlnite la cei cu deficiență mintală, cei cu tulburări de memorie și de atenție și cei cu deficiențe în sfera reprezentării vizuale și auditive, precum și la cei cu tulburări de tip neuropsihiatric sau psihopatologic), psihosociale (factori iatrogeni, didactogeni, socio-genii; formarea unor deprinderi greșite de pronunție, încurajarea în scop de divertisment a vorbirii infantile sau defectuoase a copilului, solicitări verbale exagerate ce intimidă copilul, conflicte și traume psihice ce determină introvertire excesivă și pierderea interesului pentru comunicare, logofobie datorată reacțiilor depreciative ale anturajului, bilingvism la o vârstă mică, imitații, metode greșite de educație etc.).

Cauzele specifice ale fiecărei tulburări de limbaj sunt mult mai complexe, uneori eludând criteriile obișnuite de clasificare. Trebuie adăugat și faptul că mulți factori sunt incriminați fără ca influența lor determinantă să fie demonstrată în mod indiscutabil. De aceea, esențial este ca accentul să fie pus mai degrabă pe profilaxia stărilor de handicap de limbaj decât pe terapia lor.

10. 6. DEPISTARE, EXAMINARE ȘI DIAGNOZĂ ÎN TULBURĂRILE DE LIMBAJ

Identificarea precoce a copiilor logopați este extrem de importantă, deoarece orice intervenție corectiv-recuperatorie necesită cu atât mai mult efort și timp cu cât prezentarea la cabinetul logopedic se amână pentru o perioadă mai lungă. Fiindcă dezvoltarea normală a vorbirii presupune dezvoltarea concomitentă atât a segmentului periferic (organele fono-articulatorii), cât și a celui central (zonele corticale responsabile de formarea schemelor auditiv-verbale și verbo-motorii complexe), imperfecțiunile constatate în vorbire sunt considerate, în primii trei ani, ca reflectând în genere dinamica acestui proces de maturizare lingvistică. Iată de ce apar situații, în special atunci când copilul este mic sau când traversează perioada de schimbare a dentiției, în care până și specialistului îi este greu să se pronunțe. Prin urmare, deși există motive de reținere în formularea unui diagnostic de certitudine la o vârstă mică, nu este mai puțin adevărat că ignorarea inabilităților verbale în speranța unei corectări spontane poate conduce la consolidarea deprinderilor defectuoase de vorbire, cu efecte multiple nu doar în planul comunicării, dar și în cel psihosocial sau în

cel al imaginii de sine și al personalității. Observarea atentă a conduitei verbale a copilului și sprijinirea discretă a maturizării ei se pot dovedi uneori mai eficiente decât aplicarea tardivă a unei scheme terapeutice logopedice.

În principiu, părinții sunt aceia care constată primii dificultățile de vorbire ale copilului și tot ei, din proprie inițiativă sau la recomandarea unui medic sau educator, se prezintă la cabinetul logopedic pentru un control de specialitate⁸. Pe de altă parte, logopedul însuși este antrenat în activitatea de depistare. Astfel, cei care lucrează în centrele logopedice interșcolare au obligația ca, la început de nou an școlar, să viziteze grădinițele și școlile arondate și să testeze copiii cu risc logopedic (preșcolari și școlari mici). Documentul utilizat este *fișa de depistare*, în care sunt consemnate: data la care s-a făcut depistarea, instituția de învățământ avută în vedere, grupele/clasele evaluate, numele copiilor cu probleme logopedice (cu indicarea diagnosticului prezumtiv), cadrul didactic participant la acțiune (de regulă, educatoarea sau învățătoarea respectivă). Deoarece este un document cu importanță profesională, el trebuie autentificat prin semnăturile celor participanți, cea a directorului, precum și ștampila instituției respective. Trebuie să precizăm că, prin natura ei frontală, depistarea logopedică reușește doar o triere a copiilor cu tulburări de limbaj accentuate și manifeste. De aceea, aceste cazuri vor fi programate pentru o diagnoză de profunzime la cabinetul logopedic, urmând ca, pe măsură ce cadrele didactice sesizează dificultăți în activitățile instructiv-educative desfășurate cu alți copii, să îi orienteze direct către cabinet, pentru evaluare și, dacă se dovedește necesar, terapie. Probele folosite în activitatea de depistare sunt de tip *screening* (liste de control, scurte conversații de tatonare, numerație sau recitare de poezii familiare copiilor etc.), lipsa lor de acuratețe fiind compensată de simplitatea și rapiditatea administrării. Se recomandă ca activitatea de depistare să nu se desfășoare imediat după începerea cursurilor, deoarece, mai ales la cei de clasa întâi, este necesară o perioadă de acomodare și de intercunoaștere. De asemenea, trebuie evitate suprapunerile cu acțiunile de vaccinare care, prin efectul lor traumatizant, pot inhiba copilul și chiar predispune la conduite verbale inadecvate (de exemplu, refuz de a comunica, rigiditate, bâlbâieli datorate fricii de examinator care este greșit asimilat personalului medical etc.). De altfel și unii părinți accentuează teama copilului atunci când consideră profesiunea de logoped drept o specialitate medicală și, prin umare, se referă la tulburarea de limbaj ca la o boală.

La cabinet se desfășoară testarea propriu-zisă a cazurilor depistate. Examinarea nu se rezumă doar la identificarea precisă a deficiențelor de limbaj, ci ia în considerare și alte paliere ale dezvoltării precum psihomotricitatea, inteligența, afectivitatea, motivația, comportamentul. Genul acesta de abordare este obligatoriu atunci când tulburarea de limbaj este asociată sau reprezintă o consecință a unei alte deficiențe (mintală, senzorială, neuromotorie).

⁸ M. Fawcus și R. Fawcus (1974, p. 338) constatau că „un model deviant de articulare la micul copil deficient mintal va cauza mai multă îngrijorare chiar și părinților inteligenți decât limitarea, de departe mult mai serioasă, a dezvoltării limbajului”.

Obiectivele examinării complexe sunt următoarele (cf. I. Mușu *et al.*, 1997, p. 6):

- precizarea diagnosticului logopedic;
- evaluarea nivelului funcțional al comunicării;
- formularea prognosticului;
- identificarea elementelor structurale ale programului de intervenție logopedică;
- integrarea deficiențelor de limbaj observate în contextul întregii activități psihice a subiectului.

„Diagnosticarea tulburărilor de limbaj se integrează tabloului dezvoltării psihice generale a copilului, precum și interdependenței cu mediul social în care acesta trăiește. Cu cât dezordinile limbajului sunt mai grave (dizartria, alalia, dislalia polimorfă, logonevroza, disgrafia reală etc.), cu atât mai mult trebuie să ne intereseze investigarea tuturor laturilor personalității” (*ibid.*).

Principiile examenului logopedic impun:

- crearea unei atmosfere destinsă, stimulatoare, optimiste;
- folosirea unor probe cu valoare diagnostică ridicată, care nu numai să evidențieze clar tipul și gradul tulburării de limbaj, dar și raporturile cu eventualele deficiențe asociate;
- identificarea cât mai exactă a etiologiei tulburării de limbaj constatate;
- conceperea programului de intervenție în colaborare cu aparținătorii copilului logopat;
- integrarea demersului corectiv-recuperator în contextul activităților școlare și al vieții cotidiene a copilului.

Pașii ulteriori etapei de depistare sunt (cf. I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 8-16):

- anamneza cazului: sunt înregistrate toate informațiile care au relevanță pentru stabilirea etiologiei deficienței de limbaj (antecedente ereditare și medicale, carențe educaționale, traume afective, tulburări ale dezvoltării normale atât în planul limbajului, cât și în cel al personalității);

- examinarea auzului fonematic și a nivelului de înțelegere a vorbirii;

- examinarea în detaliu a conduitei verbale a copilului (orale și grafo-lexice, în funcție de vârstă și grad de școlarizare): ia în considerare vorbirea reflectată și cea independentă (în „citirea” de imagini, recitare, povestire, cântat), copierea unui text din manual și scrierea după dictare, citirea continuă și pe sărite;

- examinarea vocii: sunt analizate nazalizarea sunetelor, intensitatea, tonalitatea, timbrul, melodicitatea, tempoul vorbirii;

- examinarea morfo-sintactică: se referă la structura vocabularului (activ și pasiv), construcția propozițiilor și a frazelor, respectarea cerințelor ortografice și ortoepice;

- examinarea psihomotricității: coordonare oculo-manuală, preferință manuală dreaptă sau stângă, mobilitate a organelor fono-articulatorii, ritmicitate;

- evaluarea nivelului de inteligență (verbală și neverbală);

- evaluarea personalității (prin probe proiective).

Consemnarea rezultatelor examinării se face în *fișa logopedică*.

Diagnosticul se formulează abia după evaluarea de ansamblu a datelor centralizate în fișa logopedică și, chiar și-așa, el are o valoare relativă, deoarece mai degrabă ne semnalează ceea ce nu poate copilul să realizeze decât ceea ce poate. Deși o formulare de genul „retard de limbaj cu note autiste” poate suna foarte „științific”, există mereu pericolul ca o astfel de etichetare să fie înțeleasă ca un verdict definitiv în ceea ce privește capacitățile copilului, și nu drept o ipoteză pe care să se construiască un program terapeutic. Reevaluarea diagnostică periodică impune reevaluarea concomitentă a programului de intervenție, fapt ce diminuează riscurile unei abordări terapeutice inadecvate. În acest context, cerința stabilirii diagnosticului diferențial este absolut obligatorie.

10. 7. PRINCIPIILE ACTIVITĂȚII LOGOPEDICE

Principiile activității logopedice sunt, în marea lor majoritate, principiile general valabile în activitatea corectiv-recuperatorie de tip defectologic; ele servesc organizării eficiente a programelor de intervenție.

- Principiul *intervenției precoce*

Orice tulburare de limbaj trebuie abordată înainte de a se dezvolta și consolida sub forma unor deprinderi stabile, întreținute prin exercițiu și rezistente la schimbare.

- Principiul *intervenției individualizate*

Orice demers corectiv-recuperator trebuie adecvat atât particularităților tulburării de limbaj concrete, cât și trăsăturilor de personalitate ale logopatului respectiv.

- Principiul *respectării criteriilor psihogenetice și psihodinamice*

După cum am văzut, există o serie de etape care jalonează dezvoltarea ontogenetică a limbajului (gângurit, lalațiune, vorbire holofrastică etc.). Este prematur să diagnosticăm o tulburare de pronunție la un copil mic, aflat încă în perioada de formare a schemelor verbo-motorii fine, așa cum este hazardat să etichetăm drept bâlbâială orice nesiguranță verbală a copilului, mai ales atunci când acesta fie dorește să spună mai multe decât reușește să formuleze oral, fie are trac în situația de comunicare respectivă. De asemenea, trebuie să ținem cont de ritmul propriu de dezvoltare generală a copilului, existând, așa cum s-a afirmat într-un capitol anterior, nu numai o heterocronie patologică, dar și una firească, normală, între diversele paliere ale activității psihice superioare. Este posibil ca unii copii să reușească să vorbească de timpuriu, mai ales în contextul unui mediu stimulator verbal, în timp ce alții amână acest moment, fără a exista o tulburare de limbaj propriu-zisă. Diferențierea corectă între întârzierea benignă a dezvoltării limbajului și retardul cu semnificație logopedică ține de profesionalismul celor angajați în activități de terapie a tulburărilor de limbaj.

- Principiul *intervenției logopedice consecutiv tratamentului medico-chirurgical*

Este valabil mai cu seamă în cazurile tulburărilor de limbaj cu etiologie organică clară. Abia după rezolvarea medicală și/sau chirurgicală a deficienței se poate trece la activități de recuperare (cum ar fi, de pildă, în rinitele cronice ori în despicăturile de vâl palatin). O mențiune specială trebuie adăugată cu privire la fenomenul schimbării dentiției, precum și referitor la diferitele tratamente stomatologice de anvergură.

- Principiul *gradării intervenției de la simplu la complex*

De regulă, este preferat genul acesta de evoluție de tip „bottom-up”, datorită avantajelor oferite de acumulările treptate, urmate de exersări și consolidări. Uneori, în funcție de tulburarea de limbaj și de personalitatea logopatului, se poate dovedi eficientă și abordarea inversă, de la complex la simplu („top-down”), ipoteza de lucru fiind aceea că, depunând efort pentru corectarea unei tulburări dificile, cele simple se vor rezolva de la sine, pe parcurs.

- Principiul *activității logopedice integrate*

Deși sunt situații care nu par a necesita decât imitații după modelul corect oferit de către profesor pentru a se obține pronunția corectă a unui sunet, o activitate logopedică veritabilă trebuie să cuprindă mai multe tipuri de sarcini concrete care, pentru un neprofesionist, ar putea părea inutile (activități grafice, rezolvare de *puzzles* sau incastre, activități aritmetice etc.). Acestea au nu numai scopul eliminării monotoniei inerente repetițiilor vocale, dar creează contextul psihologic adecvat integrării schemelor verbo-motorii corecte. În plus, se constată adeseori că tulburări de limbaj aparent clar definite sunt parte a unor deficiențe mai ample (psihomotorii, perceptiv vizuale sau auditive, de organizare mintală).

- Principiul *reevaluării și reproiectării permanente a intervenției*

Un profesor logoped nu are cum, vorbind în termeni reali, să își planifice detaliat activitățile pe un interval de timp lung (de tip semestru școlar), deoarece, la început, el poate doar prezuma evoluția probabilă a cazului. În activitățile de logopedie, rubrica de „observații” a fișei de evoluție individuală este extrem de încărcată, pe baza notelor înscrise aici la sfârșitul fiecărei ședințe terapeutice luându-se decizii cu privire la scopurile, conținutul și metodele necesare ședinței următoare. De asemenea, reevaluarea permanentă servește și la reorganizarea subgrupelor, în funcție de evoluțiile copiilor.

10. 8. ETAPELE PROGRAMULUI SPECIFIC DE TERAPIE LOGOPEDICĂ

Desfășurarea-tip a unei activități logopedice este următoarea:

- activități de gimnastică (cu accent pe antrenarea organelor articulatorii principale: limba, buzele, mandibula, obraji);
- educarea respirației neverbale și verbale corecte;
- formarea și exersarea psihomotricității manuale;
- educarea auzului fonematic;

- impostarea/corectarea sunetului afectat (în dislalii și rinolalii); recunoașterea grafemului și scrierea acestuia (în dislexo-disgrafii); articularea ritmică a silabelor și cuvintelor (în balbism) etc.;
- integrarea elementelor învățate în activități complexe (verbale și acționale) care să implice întreaga personalitate a logopatului (joc didactic, conversație, lucru manual).

În cursul unui program de terapie logopedică nu numai metodele și conținuturile diferă de la caz la caz (vezi principiile de mai sus), dar și momentele optime pentru intervenție, precum și durata. Există două categorii de metode și procedee (E. Verza, 2003, pp. 182-204).

I. Metode și procedee cu caracter *general*

- *Gimnastica și miogimnastica corpului și a organelor care participă la realizarea pronunției:*

Sunt recomandate o serie de exerciții care, pe de-o parte, trebuie să contribuie la dezvoltarea somatică a întregului organism (fie exerciții destinate anumitor segmente ale corpului ori grupe musculare, fie de tip global), iar pe de altă parte, să determine o mobilitate cât mai promptă și mai fină a organelor fono-articulatorii. Trebuie precizat că aceste din urmă deprinderi psihomotorii nu se pot constitui și nu pot funcționa la parametrii normali fără eliminarea rigidității musculare generale sau fără educarea ritmului respirator, ceea ce înseamnă că o centrare exclusivă pe formarea deprinderilor de fonație și articulație este adesea inefficientă. Pe fondul unei stări detensionate muscular și psihologic, logopatul învață cum să-și folosească eficient organele fono-articulatorii esențiale (limba, mandibula, buzele, respectiv mușchii ce controlează glota și coardele vocale). În acest scop, o serie de exerciții îl ajută fie să exerseze mișcări ale unui singur organ articulator (de exemplu, numai pentru limbă sau numai pentru buze), fie să combine mișcări ale două sau mai multor organe (exerciții pentru limbă și buze, exerciții pentru limbă și obraji etc.). Deoarece majoritatea logopaților sunt copii, aceste exerciții se desfășoară sub formă de joc didactic („pisica bea lapte”, „mă doare măseaua” etc.).

- *Educarea respirației și a echilibrului dintre inspirație și expirație:*

Mulți copii logopați au probleme atât în ceea ce privește volumul și ritmul respirator, cât și echilibrul dintre cele două momente esențiale ale respirației. Prin urmare, aceste exerciții, desfășurate mai ales sub formă de joc didactic, au drept scop mărirea capacității respiratorii la valorile normale (utilizând baloane colorate, spirometre, jucării ce presupun suflat), respectiv întuirea raportului dintre inspirația neverbală (mai scurtă) și expirația verbală (mai lungă). Mulți copii au tendința de a vorbi și în timpul inspirației, deoarece nu segmentează corect ceea ce au de spus sau fiindcă se grăbesc în mod nejustificat. La unii dintre aceștia, se observă anumite ticuri comportamentale asociate actului vorbirii (mișcări sacadate ale degetelor, capului, umerilor etc.). Trebuie reținut și faptul că există diferențe legate de

apartenența la un sex sau la celălalt atât referitor la modul de realizare a respirației (toracică, la femei; abdominală, la bărbați), cât și la frecvența respirațiilor pe minut (mai mare la femei decât la bărbați).

- *Educarea auzului fonematic:*

Înainte de a fi capabil să pronunțe corect două sunete distincte dar apropiate fonologic (cum ar fi „l” și „r”), logopatul trebuie să le diferențieze auditiv. Prin urmare, înainte de a-i pretinde o articulare conform normelor fonetice ale limbii române, este necesar să ne asigurăm că logopatul face corect și fin distincția între foneme. Aceasta înseamnă nu numai percepția sunetelor respective, ci mai cu seamă interpretarea lor (deci decodificarea semantică de la nivelul zonelor de asociație, învecinată ariei de proiecție primară a stimulului auditiv). Uzual, dezvoltarea auzului fonematic se face prin folosirea imaginilor și cuvintelor paronime, a unor jocuri didactice de tip „telefonul fără fir”, „fazan” etc.

- *Educarea personalității și înlăturarea negativismului față de vorbire și a tulburărilor comportamentale:*

Acest lucru se dovedește necesar mai ales la copiii de vârstă școlară sau a celor care au ajuns deja la pubertate. Persistența și consolidarea tulburărilor de limbaj (îndeosebi a bâlbâielii) și evidențierea acestora în activități de grup (atunci când devin importante criteriile de performanță și statut) pot determina manifestări de tip logonevrotic, adică pot crea o adevărată repulsie față de comunicare. Deoarece trăim într-o societate care pune un accent deosebit pe exprimarea verbală, lipsa de competență în acest domeniu, la care se asociază conștientizarea ei, poate conduce la instalarea stării de handicap. După E. Verza (*op. cit.*, p. 188), educarea personalității trebuie să aibă în vedere redarea încrederii în propriile posibilități, crearea convingerii că dificultatea de limbaj nu presupune un deficit intelectual și că este o tulburare pasageră ce poate fi corectată, obținerea încrederii în logoped, precum și înlăturarea negativismului și redarea optimismului. La copiii cu intelect normal, rezultate bune oferă psihoterapia (avându-se în vedere etiologia și simptomatologia tulburării, pe de-o parte, iar pe de alta, vârsta și specificul personalității sale, nivelul său de cultură și de dezvoltare intelectuală). Ludoterapia și artterapia au, de asemenea, efecte benefice în planul global al personalității, cu consecințe pozitive în cel particular al limbajului.

II. Metode și procedee cu specific logopedic

- *Metode și procedee tehnice:*

Într-un cabinet logopedic există diverse amenajări specifice care ajută logopedul în aplicarea unor intervenții logopedice concrete (oglinza logopedică, canapeaua medicală, trusa logopedică, metronom, spirometru, diferite materiale didactice). În măsura posibilităților, aceste dotări elementare sunt însoțite de altele mai perfecționate, cum ar fi calculator (ce are, de pildă, programe de emisie și corectare a fonemelor, programe folosite la dezvoltarea

țarea auzului fonematic), planșetă electronică cu suprafață sensibilă la atingere (pentru corectarea disgrafiilor), jocuri didactice interactive etc.

• *Metode și procedee psihopedagogice:*

Metoda fonetică analitico-sintetică (impotarea sunetului nou este precedată de rostirea globală a unui cuvânt ce-l conține și descompunerea acestuia în silabe și a silabelor în sunete, și este urmată de reconstituirea silabei conținând fonemul nou învățat, respectiv a cuvântului inițial); procedee specifice de corectare a unor forme de sigmatism, rotacism etc., metode de corectare a tulburărilor de voce, programe de intervenție în alalie, afazie, dizartrie, retard de limbaj etc.

Referitor la momentele și durata aplicării acestor metode și procedee generale și specifice, trebuie spus că:

- există o continuitate a aplicării metodelor și procedeele de intervenție logopedică atât în cursul ședinței curente, cât și pe parcursul întregului program corectiv-recuperator;
- durata aplicării acestor metode și procedee se modifică în funcție de tipul și gravitatea tulburării de limbaj, de momentul terapeutic considerat și de trăsăturile de personalitate ale logopatului;
- reevaluările programului de intervenție presupun adeseori modificări (ajustări sau restructurări) ale strategiei logopedice inițiale.

Evident, activitățile fundamentale (de articulare, scris-citit, frazare etc.) depind de tipul tulburării de limbaj respective și de gravitatea acesteia. La începutul programului de intervenție logopedică se acordă o pondere mai mare activităților de gimnastică și de educare a respirației, precum și exercițiilor privind dezvoltarea psihomotricității și a auzului fonematic, în timp ce spre sfârșitul acestuia accentul cade îndeosebi pe integrarea achizițiilor în activități uzuale. Indiferent care este ponderea acestor etape în structura unei ședințe terapeutice date, ele nu lipsesc niciodată, chiar dacă, la un moment dat pot fi extrem de comprimate (cu referință specială la prima, respectiv ultima etapă). Pe cât posibil, toate activitățile vor avea o finalitate concretă, pe care copilul să și-o poată reprezenta și pe care să o urmărească în cursul ședinței terapeutice respective; de asemenea, în măsura posibilităților, se va folosi material verbal cu sens, cunoscut copilului, din sfera lui de preocupări și interese. Vom vedea *in extenso* care sunt principalele tulburări de limbaj, cu unele considerații privind specificul lor etiologic și simptomatologic, precum și modalitățile corectiv-recuperatorii cel mai frecvent folosite.

TULBURĂRI DE LIMBAJ (II)

11. 1. DISLALIA: DEFINIȚIE, ETIOLOGIE, CLASIFICARE

Categoria tulburărilor de pronunție este, procentual vorbind, cea mai extinsă ca pondere în contextul tulburărilor de limbaj, deși, de regulă, nu include și deficiențele cele mai grave. Dislalia este acea „tulburare a vorbirii caracterizată prin deficiențe în pronunțarea unor sunete sau grupe de sunete, vorbirea în ansamblul ei fiind normală” (P. Popescu-Neveanu, 1978, p. 206). N. Toncescu (*in* C. Păunescu, 1976b, p. 254) definea dislalia ca fiind „incapacitatea de a emite anumite foneme, manifestată permanent, în orice împrejurare, atât în vorbirea spontană, cât și în cea repetată; în cuvinte, silabe sau în încercarea de a emite izolat fonemul în cauză”.

Există totuși și forme grave, când extinderea dificultăților de pronunție la o gamă largă de sunete face ca vorbirea să devină aproape neinteligibilă. La copii se observă frecvent deficiențe articulatorii ce constau în „deformarea, substituirea, omiterea și inversarea anumitor sunete în vorbirea spontană și în cea reprodușă” (E. Verza, 2003, p. 125).

Etiologia dislaliei este extrem de variată, fiind incriminați atât factori organici, cât și factori de ordin educativ și socio-cultural. Principalele cauze sunt următoarele:

- anomalii anatomo-fiziologice ale organelor periferice implicate în expresia verbală (malformații, distonii musculare, deficiențe psihomotorii);
- anomalii structurale și funcționale la nivelul scoarței cerebrale, cu efecte grave atât în ceea ce privește recepția și decodificarea limbajului (afaziile senzoriale), cât exprimarea acestuia prin vorbire și scris (afaziile motorii);
- tulburări de dezvoltare sau leziuni ale căilor nervoase eferente (piramidale și extrapiramidale), cu efecte destructurante ale expresiei verbale;
- lipsă de stimulare a comunicării verbale;
- existența unor modele verbale dialectale sau personale care ajung să fie imitate de către copii;
- menținerea habitudinilor vicioase de pronunție, mai ales atunci când anturajul încurajează aceasta în mod indirect (datorită amuzamentului pe care îl produc în societate).

De cele mai multe ori cauzele educative și socio-culturale primează, ceea ce impune o modificare de conduită verbală și comportamentală în astfel de medii socio-familiale. Pe de altă parte, tulburările de tip dislalic datorate unor

afecțiuni organice nu pot fi corectate decât după remedierea acestora din urmă (cel mai adesea pe cale chirurgicală). În situațiile în care intervenția nu este obiectiv posibilă (cazul patologiilor cu origine centrală), rezultatele terapiei logopedice sunt limitate iar prognosticul rămâne rezervat.

Atunci când luăm în discuție aspectele profilactice sau terapeutice, trebuie să se țină cont de faptul că manifestările de tip dislalic sunt diferite atât din punct de vedere al complexității, cât și al frecvenței lor la diverse etape de vârstă. Astfel, în antepreșcolaritate, deficiențele fono-articulatorii simple nu constituie motiv de îngrijorare, mai ales atunci când este vorba de sunete dificile, care apar mai târziu în cursul dezvoltării ontogenetice a limbajului. N. Toncescu (in C. Păunescu, *op. cit.*, p. 255) se referea la dislalia de evoluție considerată drept „un ritm propriu de maturizare a sistemului fonologic al anumitor copii, sau o amânare prin condiții somatice defavorabile a acestei maturizări”, deoarece „dispariția ei spontană confirmă acest punct de vedere”. E. Verza sublinia importanța discriminării corecte a aspectelor developmentale de cele patologice. „La copilul antepreșcolar dislalia are o natură fiziologică, ca urmare a nedevelopării suficiente a aparatului fonoarticulator și a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii. Dar, după vârsta de 3-4 ani, acestea devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunție corectă. În cazul când deficiențele de pronunție se mențin și după această vârstă, avem de-a face cu o serie de cauze nocive sau ele tind să se transforme în obișnuințe negative datorită persistenței pe o perioadă prea îndelungată” (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 400).

Se impune prin urmare o clasificare a dislaliilor, criteriile utilizate variind de la autor la autor. Distingem astfel dislalie *organică/mecanică*, respectiv *funcțională* (atunci când se ia în considerare criteriul etiologic), dislalie *periferică*, respectiv *centrală* (în funcție de zona de elecție), dislalie *primară* sau *secundară* (când tulburările de pronunție se manifestă independent sau, dimpotrivă, derivă din alte deficiențe).

Clasificarea după criteriul simptomatologic este cel mai des folosită, ea având evidente avantaje practice:

- dislalie *monomorfă* (simplă), atunci când deficiențele articulatorii se rezumă doar la sunete izolate sau la o singură categorie fonematică (de exemplu, cea a sibilantelor);
- dislalie *polimorfă* (complexă), atunci când tulburările au un caracter extins, afectând grav vorbirea;
- dislalie *totală*, atunci când sunt afectate toate fonemele, vorbirea devenind practic neinteligibilă.

N. Toncescu (in C. Păunescu, *op. cit.*, p. 256) observa că „dacă dislalia ‘simplă’ sau ‘de evoluție’ se exclude din patologia limbajului și vorbirii și intră în domeniul fiziologiei proceselor de maturizare, dislalia organică ‘simplă’ poate fi considerată o tulburare ‘instrumentală’ a vorbirii, cu integritatea funcției verbale și lingvistice – ceea ce nu exclude posibilitatea de a apărea și în cadrul unui sindrom de tip afazic”.

În ceea ce privește dislalia monomorfă, întâlnim și aici varietăți și subvarietăți. Prezentăm, pentru edificare, categoria *sigmatismelor*, respectiv cea a

rotacismelor, menționând faptul că și celelalte tipuri (lambdacismul, fitacismul, gamacismul, deltacismul etc.) cunosc multiple nuanțe proprii.

Sunt întâlnite mai frecvent următoarele forme de sigmatism:

- *sigmatism interdental*: fonemele „s” și „z” sunt pronunțate cu vârful limbii scos ușor printre arcadele dentale (de menționat că sunt limbi în care modul acesta de pronunțare este normă lingvistică);
- *sigmatism addental*: vârful limbii se sprijină pe dinți în loc să rămână la baza alveolelor incisivilor inferiori, nepermițând aerului să se scurgă prin șanțul median lingual și apoi prin deschiderea dintre arcadele dentale;
- *sigmatism lateral* (de tip *dexter*, *sinister*, respectiv *bilateral*): jetul de aer iese lateral-dreapta, lateral-stânga, respectiv pe ambele căi;
- *sigmatismul strident*: aerul este emis cu o forță exagerată, rezultând un efect fricativ puternic;
- *sigmatism palata*: vârful limbii este retras exagerat, aerul fiind comprimat între zona linguală mediană (convexă) și zona bolții palatine;
- *sigmatism bilabial*: șuieratul specific fonemelor „s” și „z” este produs cu ajutorul esențial al buzelor, limba contribuind doar prin formarea unui șanț median profund;
- *sigmatism labiodental*: emiterea perechii de siflante este efectul comprimării buzei inferioare pe incisivii inferiori, cu expulzarea fricativă a aerului;
- *sigmatism nazal*: apariția nazalizării, datorită unor deficiențe velare sau nazale (asociate despicăturilor palatine, deviațiilor de sept nazal, vegetațiilor adenoide etc.);

• *parasigmatismul* include toate acele articulări de tip substitutiv ale sibilantelor „s” și „z” (când acestea sunt înlocuite cu foneme asemănătoare ca mod de pronunțare sau ca efect acustic, ca „f”, respectiv „v”, „ș”, respectiv „j” etc.).

E. Verza observa că „în dislalie, grupa sigmatismului și a parasigmatismelor ocupă locul central. În genere, sunetele siflante și șuierătoare apar mai târziu în vorbirea copilului, iar emisia lor presupune mișcări fine ale aparatului articulator, o anumită dezvoltare a auzului fonematic care contribuie la diferențierea sunetelor unele de altele, un auz nealterat” (1977, p. 58).

Referindu-ne la rotacism, acesta cunoaște următoarele varietăți mai des întâlnite:

- *rotacism velar*: se constată vibrația vălului palatin, și nu cea a vârfului limbii;
- *rotacism uvular*: vibrația gotei produce un sunet oarecum asemănător fonemului „r”;
- *rotacism apical*: vârful limbii este comprimat de alveolele incisivilor superiori, ceea ce împiedică vibrația sa corespunzătoare;
- *rotacism bucal*: aerul se scurge prin spațiile laterale dintre limbă și obraji, forțând limba să vibreze, cu efect dezagreabil în comunicare;
- *rotacism labial*: buzele sunt cele răspunzătoare de emiterea sunetului (ca atunci când se imită senzația de frig, ambalarea motorului de motocicletă etc.), limba fiind antrenată în mod pasiv;

- *rotacism labiodental*: apare prin vibrarea buzei superioare ce atinge incisivii inferiori, o dată cu vibrarea masivă a limbii (sau, invers, prin contactul dintre buza inferioară și incisivii superiori);

- *rotacismul nazal*: emisie stridentă a vibrantei „r”, cu nazalizare puternică, datorită neînchiderii suficiente a orificiului palatofaringian (ceea ce determină vibrații la nivelul vălului palatin și al faringelui posterior);

- *pararotacismele* sunt cele mai frecvente manifestări, deoarece consoana „r” este adeseori confundată cu „l”, iar uneori cu „n” sau „i” ori, atunci când discriminarea auditivă este bună, substituită cu aceste foneme datorită dificultății deosebite de a obține vibrația corectă a vârfului limbii. „De obicei, prezența rotacismului și a pararotacismului este un indiciu al existenței și altor tulburări dislalice, ca urmare a mecanismelor complexe care participă la emisia sunetului ‘r’ și care, prin funcționare deficitară, determină pronunțarea defectuoasă a altor sunete dificil de pronunțat” (*ibid.*, p. 62).

De asemenea, metodologia corectiv-recuperatorie trebuie adecvată nu numai fiecărui tip specific de dislalie, dar și particularităților fiecărui logopat.

Deformările, omisiunile, substituirile și adăugirile specifice dislaliilor se produc după anumite reguli, cum ar fi:

- substituirea unui sunet cu un alt sunet apropiat ca emisie, care implică mișcări relativ asemănătoare ale componentelor fonoarticulatorii;
- deformarea sunetelor ce presupun grad mare de dificultate în emiterea și sincronizarea delicată a componentelor fonoarticulatorii;
- omiterea sunetelor dificile, care apar mai târziu în dezvoltarea ontogenetică a limbajului copilului;
- omiterea, deformarea și substituirea sunetelor ce se află în grupuri bi- și triconsonantice (E. Verza, 2003, p. 156).

În ceea ce privește *dislalia centrală (dizartria)*, aceasta se datorează unor leziuni ale neuronilor motori centrali sau unor deficiențe corticale și subcorticale. Este cea mai gravă tulburare de pronunție, iar recuperarea este foarte dificilă, parțial reușită. Se caracterizează printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală. La copiii cu dizartrie se remarcă și complicații de tip senzorial, afectiv, motric, relațional, intelectual (E. Verza, 1998, p. 85). Pronunția defectuoasă a copiilor dizartrici poate fi cauzată și de spasticitatea musculaturii fono-articulatorii, de contracțiile involuntare ce perturbă coordonarea normală sau de ataxia cu origine cerebeloasă (J. Francis-Williams, 1976, p. 12).

11.2. SCHEMA-CADRU DE CORECTARE A DISLALIEI PERIFERICE SIMPLE (CU EXEMPLIFICARE ÎN CAZUL ROTACISMULUI)

Principiile urmate în cursul terapiei dislaliei sunt următoarele (*cf.* I. Mușu *et al.*, 1997, pp. 120-121):

- respectarea particularităților de vârstă ale copilului, ale tipului și gradului de deficiență, precum și ale nivelului de școlarizare atins;

- respectarea caracterului unitar în intervenție (prin corelarea cu demersurile medicale, pedagogice sau de psihodiagnoză);
- respectarea succesiunii etapelor de corectare, conform cu structurile fonetice tot mai complexe în care sunetul este integrat;
- trecerea în cursul corectării prin planuri acționale diferite (de la imagine la fonem, de la fonem la grafem, și viceversa);
- folosirea jocului didactic în orice etapă a programului de intervenție logopedică;
- exersarea permanentă a noilor achiziții fono-articulatorii în contexte de comunicare normale;
- folosirea psihoterapiei ca mijloc de sprijin pe tot parcursul programului de intervenție logopedică;
- asigurarea continuității în activitatea corectiv-recuperatorie prin implicarea familiei, cadrului didactic, prietenilor copilului.

În cazul deficiențelor articulatorii periferice simple, este urmată schema-tip de intervenție logopedică (prezentată în capitolul anterior), adecvată specificului tulburării. Pentru a înțelege cum se realizează acest lucru, vom urmări pas cu pas desfășurarea programului de corectare a rotacismului (atragem atenția că în rotacism sunetul „r” nu este pronunțat, în timp ce în pararotacism el este înlocuit de foneme precum „l”, „n” sau „i”), cu accent pe activitatea de impostare propriu-zisă (cf. I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 162-172):

A. Elemente definitorii:

1. *descriere fono-articulatorie*: fonemul „r” este o consoană vibrantă sonoră prepalatală, a cărei articulare presupune deschiderea arcadelor dentale, retracția ușoară a limbii, cu formarea unui spațiu concav median și sprijinirea fermă a marginilor de molarii superiori, concomitent cu ridicarea apexului (vârfului) către alveolele incisivilor superiori, în zona prepalatală; vârful limbii vibrează de trei ori datorită presiunii aerului ce traversează cavitatea bucală, spre exterior, în timp ce vârful palatin se ridică împiedicând pătrunderea aerului în fosele nazale și pierderea de presiune pe această cale;

2. *descrierea tulburării ce necesită intervenție logopedică*: rotacismul este acel tip de tulburare dislalică având ca element definitoriu pronunțarea incorrectă sau nepronunțarea fonemului „r”;

3. *metode și procedee folosite*: demonstrarea de către logoped a pronunției corecte a fonemului „r” și invitarea logopatului să o imite; derivarea fonemului din sunete asemănătoare („l”, „d”, „t”), care pot servi la intuirea poziției corecte și a calităților fono-articulatorii specifice (semiocluzie care, datorită jetului puternic de aer și poziției flotante a apexului lingual, favorizează producerea vibrației specifice fonemului „r”); recurgerea la mijloace mecanice (instrumente din trusa logopedică, lamă vibratoare, dispozitive rezonante) pentru a produce vibrația apexului lingual.

B. Etapele intervenției logopedice:

1. exerciții de gimnastică:

- generală (de fortifiere a întregului organism);
- specifică (mișcări ale organelor fono-articulatorii implicate, cu accent pe gimnastica limbii);

2. exerciții de respirație:

- neverbală (creșterea capacității respiratorii până la valori normale, formarea ritmului respirator corect, cu echilibru între inspirație și expirație);
- verbală (controlarea emisiilor sonore în timpul expirației; emiterea unor onomatopee ce conțin vibrații, precum ambalarea motorului, sforăitul calului etc.);

3. educarea auzului fonematic:

- recunoașterea fonemului „r” în cuvinte și propoziții (printr-un gest sau prin alt gen de comportament);
- diferențierea fonemului „r” în cuvinte paronime (cu și fără suport imagistic);
- diferențieri subtile în folosirea fonemului „r” (ante- și postconsonantic etc.);

(Sunt asociate activități psihomotorii, de regulă desfășurate sub formă de joc, care au drept scop o mai bună reliefare a fonemului „r”);

4. impostarea fonemului „r”:

- pornind de la emiterea unor onomatopee, se încearcă obținerea fonemului „r” („ambalarea motorului”, „dârdâit”);
- derivarea fonemului „r” din alte foneme (de exemplu, pronunțarea rapidă a succesiunii „t-d-t”);
- generarea mecanică a vibrației prin folosirea spatulei în timpul pronunțării succesive, rapide, a fonemului „l”, sau utilizarea unei lamele vibratoare, alimentate electric (cu frecvență cuprinsă între 30 și 75 Hz);

5. consolidarea fonemului „r” prin introducerea sa în silabe, a silabelor în cuvinte și a cuvintelor în propoziții (prin trecerea succesivă prin pozițiile inițială, finală, mediană intervocalică, mediană postconsonantică și mediană anteconsonantică);

6. automatizarea fonemului „r”, recurgându-se la texte scurte (adesea poezii), proverbe și ghicitori, joc didactic verbal (de tip „telefonul fără fir” etc.). În aceste activități de tip global se încearcă implicarea întregii personalități a logopatului, fiind motivante cele desfășurate pe grupe mici, deoarece presupun un grad rezonabil de competiție.

O atenție deosebită trebuie să se acorde însușirii corecte a elementelor prozodice ale limbii (accent, ton, melodicitate), deoarece acestea au mare importanță nu doar în ceea ce privește latura estetică a comunicării, ci și nuanțarea ei. Reiterăm în final obligativitatea folosirii unui material verbal cât mai apropiat de preocupările cotidiene și interesele copilului.

11. 3. RINOLALIA: DEFINIȚIE, ETIOLOGIE, CLASIFICARE

Se caracterizează prin tulburări de pronunție asemănătoare dislaliei, dar cu note nazale puternice, dezagreabile (uneori chiar și cu tulburări de voce, în cazurile grave). Aceste note nazale sunt rezultatul unei rezonanțe localizate la nivel nazo-faringian, fenomen descris prima dată de către A. Küssmaul sub numele de „rinolalie”. Cauzele ce o determină sunt fie de natură organică, fie funcțională, ceea ce a condus la o primă diviziune taxonomică.

Fiecare dintre ele prezintă câte trei varietăți clinice, etiopatogenia fiind, în clasificarea propusă de G. E. Arnold¹, următoarea (apud C. Păunescu, 1984, p. 42):

1. • Rinolalia *organică deschisă (aperta)* are drept principale cauze despăturile congenitale ale aparatului fonator (parțiale, totale sau asociate), precum și comunicările buco-nazale cu etiologie diferită (plastii velo-palatine, perforații sau traumatisme ale palatului dur ori moale etc.).

• Rinolalia *organică închisă (clausa)* se datorează unor anomalii faringiene sau nazale, deviațiilor de sept, vegetațiilor adenoide, simfizei velo-palatine, rinitelor cronice.

• Rinolalia *organică mixtă (mixta)* se caracterizează prin coexistența factorilor răspunzători de apariția celor două forme pure, precum obstrucția nazală cu hipotonie velară, deviațiile de sept și vegetațiile adenoide, inflamațiile rino-faringiene profunde postoperatorii etc.

2. • Rinolalia *funcțională deschisă (aperta)* are drept cauze hipotonia velară și tulburările respiratorii cu diverse etiologii; este efect secundar în deficiențele auditive și în bâlbâială.

• Rinolalia *funcțională închisă (clausa)* se datorează hipertoniilor velare, obstrucției velo-faringiene etc.

• Rinolalia *funcțională mixtă (mixta)* este rezultatul unor asocieri etiologice diverse și se întâlnește mai rar.

Trebuie să menționăm că în rinolalia *deschisă* suflul de aer necesar pronunțării sunetelor se pierde în mare parte pe cale nazală, în timp ce în rinolalia *închisă* aerul necesar nazalizării sunetelor „m” și „n” se scurge tot pe cale orală (în funcție de nivelul obstrucției deosebind forma *închisă anterioară*, atunci când blocajul se constată la nivel nazal, respectiv forma *închisă posterioară*, când blocajul este localizat nazo-faringian). În forma *mixtă*, suflul de aer se scurge aleator fie pe cale nazală, fie orală, în dezacord cu cerințele fonologice ale sunetelor. Vocea acestor rinolalici este puternic nazalizată, pare lipsită de forță și are tendința de a scădea în intensitate o dată cu apropierea încheierii actului verbal. Atunci când la același subiect se cumulează suflul nazal anormal din timpul articulării, zgomotul glotic („coup de glotte”), deperdiția nazală (nazalizarea consoanelor fricative) și suflul răgușit (ce conduce la omiterea sibilantelor, șuierătoarelor și africatelor), vorbirea este profund alterată, înțelegerea ei devenind imposibilă. „Și mai grav este faptul că nici rinolalicii respectivi nu reușesc să înțeleagă bine vorbirea persoanelor normale” (E. Verza, 2003, p. 158).

Dacă în dislalie deformările, substituirile, omisiunile sau adăugirile se produc după niște reguli relative (cum ar fi substituirea unui sunet cu un altul apropiat ca loc și mod de emiterie ori deformarea sau chiar omiterea sunetelor cu grad mai mare de dificultate și care apar mai târziu în dezvoltarea ontogenetică a copilului), în rinolalie aceste reguli își pierd relevanța, „orice fiind posibil și chiar diferit de la un caz la altul” (E. Verza, *op. cit.*, p. 156).

¹ G. E. Arnold (1970). *Die Sprache und ihre Störungen*. Wien: Springer Verlag.

Spre deosebire de dislalie, tulburările articulatorii din rinolalie se extind și asupra vocalelor, ceea ce duce la scăderea gradului de inteligibilitate a vorbirii (E. Verza, 1977). „Deficiențele de pronunție ce au loc în rinolalie prezintă un caracter variat în raport de etiologie, în primul rând, dar și în funcție de nivelul de dezvoltare psihică a logopatului, de mediul socio-cultural în care trăiește, de perioada în care se produce intervenția chirurgicală și de rezultatele ei, de caracteristicile de personalitate ale deficientului. Așa de exemplu, în același tip de rinolalie, la un subiect se pot întâlni forme ușoare și parțiale de omisiuni ale unor sunete ca cele din categoria siflantelor și fricativelor, în timp ce la alt rinolalic, cu același diagnostic, apar de asemenea fenomene accentuate de paradislalie și variate tipuri de deformări ale sunetelor labio-dentale, siflantelor, fricativelor și omisiuni care îngreunează inteligibilitatea vorbirii” (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 404).

Este de remarcat aici fenomenul de compensare funcțională la subiecții al căror vâl palatin rămâne insuficient funcțional după intervenția chirurgicală reparatorie, prin activitatea logopedică fiind posibilă aducerea vorbirii „la pragul normalității, deși, din punct de vedere teoretic, dimensiunile dintre vâl și peretele posterior al faringelui nu permit aceasta” (M. Tomescu, 1994, p. 71).

După E. Verza (2003, p. 153), „prin simptomatologia caracteristică, rinolalia face trecerea de la dislalie la dizartrie și este chiar mai apropiată de aceasta din urmă. Totuși, în formele ușoare de rinolalie și dizartrie este dificil de trasat o linie de demarcație fermă între acestea și o dislalie, deoarece o primă caracteristică evidentă este aceea a existenței tulburărilor de pronunție (de emitere, de articulație), localizate, în principal, la nivelul sunetelor, al silabelor și al cuvintelor, în funcție de gravitatea și extinderea dificultății respective”.

11. 4. ETAPELE ACTIVITĂȚII DE CORECTARE A RINOLALIEI

Terapia logopedică a rinolaliei se desfășoară în două etape distincte: *preoperatorie* și *postoperatorie*. Terapia anterioară intervenției chirurgicale are drept scop dezvoltarea funcționalității organelor fono-articulatorii, precum și dezvoltarea auzului fonematic. „În afara rolului pregătitor sau de corectare, tratamentul logopedic preoperator facilitează reușita intervenției chirurgicale. Prin exercițiile de dezvoltare a motricității limbii, buzelor și mai ales a vâlului palatin, acestea se consolidează, crește masa musculară și astfel condițiile unei reușite chirurgicale se îmbunătățesc” (I. Moldovan, 1990, p. 142).

Corectarea tulburărilor de pronunție începe după desfășurarea intervenției chirurgicale și încheierea convalescenței postoperatorii. Este mai eficientă în rinolaliile cu etiologie organică (remediabilă prin intervenție chirurgicală) decât în cele cu etiologie funcțională (în care efectul tratamentului medical este de multe ori paleativ).

Într-o primă instanță se evaluează rezultatele intervenției medical-chirurgicale, precum și gradul de consolidare a deprinderilor vicioase de pronunție.

Pregătirea pentru corectarea emiterii fonemelor (după modelul practicat în cazul terapiei dislaliilor) presupune și motivarea rinolalicului pentru activitate, concomitent cu crearea unui tonus afectiv optimist. Exercițiile de corectare a respirației (cu accent pe delimitarea căilor orală, respectiv nazală) au o pondere mai mare decât în cazul terapiei dislaliilor. Exercițiile de gimnastică linguală și palatală constituie baza terapiei. „Deoarece scurgerea suflului pe cale nazală este favorizată prin mișcări de coborâre a palatului și de ridicare a părții dorsale a limbii până ce aceste organe aproape se lipesc, în cadrul exercițiilor de gimnastică se vor exersa mișcările opuse. În fața unei oglinzi se vor efectua cât mai multe mișcări de ridicare a palatului și de coborâre a părții posterioare a limbii. În cazurile dificile se poate recurge la apăsarea limbii cu ajutorul unei spatule” (E. Boșcaiu, 1973, p. 81).

Activitatea de corectare (și uneori de impostare) a fonemelor durează, de regulă, mai mult în rinolalie, deoarece deprinderile defectuoase de articulare sunt mult mai stabile iar, o dată cu modificarea chirurgicală a geometriei palatale și nazale, trebuie formate noi kinestezii verbo-motorii.

Exercițiile fonatorii debutează prin pronunțarea vocalei „a” cu gura larg deschisă și cu limba menținută cât mai plată. Se va exersa articularea vocalei „a” în diferite combinații silabice, apoi în cuvinte. Vocalele „e” și „i” vor fi pronunțate cu gura deschisă cât mai larg și cu un ton cât mai înalt. Vor fi evitate cuvintele ce conțin perechea de consoane sonore nazale „m/n”. „Dimpotrivă, în rinolalia închisă exercițiile de fonație se bazează tocmai pe exersarea sunetelor nazale ‘m’ și ‘n’, însoțite de vibrații puternice nazale. În faza inițială a exercițiilor, copiii vor fi deprinși să pronunțe nazonat și vocalele” (*ibid.*).

Sunetele corectate vor fi consolidate în cuvinte și propoziții, pronunția corectă fiind automatizată prin recurgerea la texte scurte, poezii, conversație. În final, noile deprinderi fono-articulatorii trebuie să devină parte integrantă a stilului verbal, astfel încât ele să nu mai presupună autocontrol permanent și rigiditate în comunicare.

Atunci când, din diferite motive, intervenția chirurgicală reparatorie trebuie amânată, terapia logopedică poate fi începută, urmând să fie continuată masiv ulterior. Este însă evident faptul că rezultatele pozitive nu pot să apară și să se consolideze decât după rezolvarea deficienței primare. „Terapia logopedică se impune cu necesitate imediată după plastie, care se indică în jurul vârstei de 2 ani; practicarea îndelungată a vorbirii dislalice întărește dificultățile atât pentru pacient, cât și pentru specialist” (C. Păunescu, 1984, p. 60).

11. 5. SPECIFICUL TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE LA COPIII CU DEFICIENȚE

Una din trăsăturile de specificitate prezente la toți copiii cu deficiențe este *fragilitatea conduitei verbale*, concretizată într-o dificultate cronică sau chiar incapacitate de exprimare și adecvare a conduitei verbale la contextul comu-

nicării, având, la rândul ei, caracteristici particulare pentru fiecare tip de deficiență în parte, la care se adaugă notele de individualizare, proprii fiecărui copil cu handicap.

Astfel, la copiii cu *deficiență mintală*, unul din simptomele specifice este și slaba dezvoltare a limbajului verbal, latura orală fiind de regulă mai bine păstrată decât cea grafo-lexică. După Gh. Radu (2000, p. 207), tulburările de limbaj la școlarii cu handicap mintal au caracter polimodal. Printre cele mai frecvent întâlnite sunt dislaliile (simple și complexe), respectiv dislexo-disgrafiile. Principalele cauze răspunzătoare de prezența dislaliilor sunt deficiențele auzului fonematic, precum și cele ale schemelor verbo-motorii. Spre deosebire de tulburările de pronunție, cele de ritm nu se agravează. „De obicei, bâlbâiala nu se transformă în logonevroză, deoarece deficientul mintal (mai ales în cazurile grave) nu este conștient de handicapul său și nu trăiește în mod dramatic fenomenul” (E. Verza și Gh. Radu, 1988, p. 242).

Tulburările perceptive vizuale și deficiențele de coordonare oculo-manuală conduc la apariția și consolidarea dislexo-disgrafiilor. Trebuie să adăugăm faptul că însuși caracterul deficitar al organizării intelectuale este responsabil de sărăcia morfosintactică și mai ales semantică a limbajului verbal la copiii cu handicap mintal. O caracteristică evidentă a vorbirii copiilor cu deficiență mintală este imaturitatea ei. „Deficiențele de limbaj ale debilului mintal, printre care și dislalia, nu dispar decât în urma unei activități logopedice susținute. Marea majoritate a deficiențelor de limbaj se datorează insuficienței intelectuale, analizei și sintezei deficitare, incapacității de a efectua generalizări, abstractizări și comparații între fenomenele lumii înconjurătoare” (E. Verza, 1977, p. 67).

La rândul său, Gh. Radu (2000) observa faptul că 57 % dintre elevii claselor întâi ale unei școli speciale pentru deficienți mintal prezentau tulburări de pronunție, pe când acestea se mai puteau constata doar la 16 % dintre elevii claselor a șasea.

La deficienții de *auz*, tipurile și gradele tulburărilor de limbaj depind în mare măsură atât de tipul și gradul pierderii auditive, cât și de vârsta subiectului. Aspectul cardinal în cazul deficiențelor de auz este afectarea percepției auditive, fenomen cu grave implicații în ceea ce privește formarea schemelor auditiv-verbale și a celor verbo-motorii consecutive. Marile dificultăți constatate în planul identificării, recunoașterii și diferențierii fonemelor se agravează atunci când se pune problema verbalizării acestora. „Compararea modelului verbal-motric cu modelul auditiv fixat în memorie conduce la o asociere corectă și trainică a modelului verbal-motric cu modelul verbal-acustic. Astfel se explică faptul că auzitorul poate vorbi corect și fără să-și audă vocea (în condiții de zgomot etc.). În acest caz, modelele verbale motrice asociate cu cele acustice, în procesul exprimării, dau posibilitatea autocontrolului, autoreglării vorbirii. La deficienții de auz procesul autoreglării vorbirii pe această cale este exclus deoarece, neexistând un model acustic, nu se poate realiza transferul modelului acustic în model verbal-motric” (I. Stănică *et al.*, 1983, p. 11).

La hipoacuzici (cu precădere în formele ușoare și medii), deficiențele de vorbire pot lua aspectul unor dislalii simple, dar persistente, cu afectarea consoanelor mai dificile sau mai greu de identificat sonor. De multe ori se remarcă și tulburări de voce, în primul rând oscilații ale registrelor vocale. „Însușirea cuvintelor și automatizarea lor depinde de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea cât mai frecventă a cuvintelor în activități diverse, de gradul de accesibilitate a cuvintelor, de nivelul și de motivația pentru activitate” (E. Verza, 2003, p. 143).

La surzi, tulburările de limbaj pot lua forma dislaliilor polimorfe și chiar a mutității (aparent similară, dar structural diferită de alalie). Aceste manifestări se reduc semnificativ în urma debutului școlarității și a activităților de ortofonie și labiolectură.

La copiii cu *deficiențe vizuale*, tulburările de pronunție se manifestă într-o proporție mai redusă decât la alte categorii de subiecți cu handicap, deoarece, pe de-o parte, aferențele perceptiv-auditive și eferențele verbo-motorii sunt intacte, iar, pe de altă parte, atenția (și, consecutiv, memoria) sunt compensator antrenate. Totuși, prin comparație cu copiii cu vedere normală, ambliopii și mai ales orbi prezintă mai multe tulburări de articulație. Acest lucru se datorează faptul că, datorită reducerii sau absenței aferențelor vizuale, ei nu reușesc să-și formeze și schemele vizual-motrice, fiind nevoiți să le intuiască în urma comparațiilor vibratorii și, respectiv, sonore. „Fenomenul cel mai frecvent întâlnit la ambliopi și orbi, în cadrul fenomenelor dislalice, este acela al deformării sunetelor și al omisiunii lor” (E. Verza, 1977, p. 78).

Sunt afectate în primul rând acele foneme a căror articulare presupune mișcări foarte fine, precis coordonate. În ceea ce privește omisiunile, acestea apar mai cu seamă în grupurile bi- și triconsonantice. De asemenea, în vorbirea deficienților de vedere apar adăugirile de sunete la nivelul cuvintelor (în special vocalele „i” și „î”), fenomen rar la copiii cu vedere normală. „Atunci când conținutul celor exprimate este mai dificil sau când deficientul nu înțelege destul de bine noțiunile pe care le vehiculează și nu le poate raporta la imaginea concretă, în vorbirea sa apar o serie de cuvinte parazite și/sau repetări de cuvinte. Accentuarea dislaliei silabelor și a cuvintelor determină dificultăți sporite în înțelegerea vorbirii persoanelor din jurul său, pe de o parte, iar pe de alta, exprimarea și inteligibilitatea devin greoaie” (E. Verza, 2003, p. 149).

La aceasta se adaugă faptul că „exprimarea verbală nu este însoțită și susținută în mod adecvat de mimico-gesticulație, ca element ce accentuează expresivitatea comunicării”, precum și manifestarea unor „deficiențe în recepția și înțelegerea unor nuanțări ale limbajului, ca urmare a imposibilității perceperii vizuale a mijloacelor de exprimare a mimico-gesticulației” (W. Roth, 1973, p. 150).

În plus se remarcă „slaba funcționalitate a legăturii dintre imaginile obiectelor și noțiunile care le desemnează, ceea ce face să se folosească cuvinte ale căror conținut și sferă să nu coincidă cu imaginea concretă” (*ibid.*).

11. 6. BALBISMUL: DEFINIȚIE, CLASIFICARE, ETIOLOGIE

Balbismul (bâlbâiala) este cea mai frecventă tulburare de ritm și fluentă a vorbirii; „rezultă din destructurarea sau defectuoasa funcționare a reglajului verbal și constă în dezordinea intermitentă a pronunției, repetări convulsive și blocaje ale unor foneme, emisiuni precipitate urmate de momente de dificultate în articularea unor cuvinte” (P. Popescu-Neveanu, 1978, p. 93).

Tulburarea, puțin frecventă la copii (1-2 % la preșcolari) și foarte rară la adulți (E. Boșcaiu, 1983), este însă una dintre cele mai grave. I se asociază crispări, grimase, clonii. Atunci când se manifestă prin repetarea explozivă, involuntară a unor sunete sau silabe la începutul cuvântului sau chiar a unor cuvinte întregi, este vorba de forma *clonică*. Dacă se constată o întrerupere sau blocare a cursivității vorbirii normale datorită apariției unor spasme la nivel gloto-laringian, atunci remarcăm forma *tonică*. Formele mixte pot fi atât clonotonice, cât și *tono-clonice*, în funcție de predominanța uneia dintre componente. Bâlbâiala se structurează ca fenomen patologic în jurul vârstei de 4-5 ani, o dată cu folosirea intensivă a propozițiilor, sau mai târziu, la intrarea copiilor în școală. Un alt termen uzitat pentru a o desemna este cel de *disfemie*.

Preocupările referitoare la bâlbâială și la terapia ei datează încă din antichitate, cel mai cunoscut exemplu fiind acela al lui Demostene care, urmând niște principii terapeutice intuitive („împovărarea rostirii” folosind pietricele sau vorbitul în zgomotul valurilor pentru a reduce stresul psihic), a reușit să-și depășească handicapul și să devină unul dintre cei mai celebri oratori ai vremii sale.

Bâlbâiala are prin urmare efecte negative nu numai asupra comunicării, ci și asupra comportamentului și a personalității logopatului. Ea nu dispare de la sine, o dată cu maturizarea organelor fono-articulatorii, ci, dimpotrivă, tinde să se consolideze, întâi ca deprindere vicioasă de vorbire, apoi ca trăsătură caracterială. Deși nu afectează în mod direct capacitățile intelectuale, prin starea emoțională tensionată pe care o creează și prin dezvoltarea unei fobii față de comunicare și de relațiile interpersonale poate lăsa impresia unei evoluții mintale necorespunzătoare.

Simptomatologia bâlbâielii cuprinde (*apud* I. Mușu *et al.*, 1997, pp. 306-308):

- *spasme ale aparatului fono-articulator*: determinate de structura mai complexă a unor foneme, de cuvinte noi ce necesită concentrare, de cuvinte la care logopatul s-a bâlbâit anterior, de „vorbirea în rafale” (tahilalie disritmică) sau de discrepanța dintre ideea rapidă și capacitatea scăzută de verbalizare (specifică mai ales copiilor mici);
- *aritmie*: manifestă (clonii și blocaje în vorbire); difuză (neadecvarea reacției verbale la solicitările exterioare);
- *monotonia vorbirii*: dată de pauzele mari și inoportune, precum și de reducerea sau dispariția accentuării și a melodicității;
- *embolofrazie*: evitare a exprimării directe, datorită logofobiei;
- *inversiuni*: modificări de topică în cadrul frazei pentru a evita cuvintele dificile;

- *parazitări*: sunete ce parazitează vorbirea, cu rol de suport în exprimare/prevenire a blocajelor;
- *incompletitudine sau stil telegrafic*: vorbire extrem de concisă, chiar eliptică;
- *refuz categoric de a vorbi*: manifestare extremă a logofobiei.

La acestea se adaugă alte tulburări precum:

- sinkinezii, stereotipii, mișcări rituale cu rol de deblocare sau autocontrolare;
- rigiditate psihică și comportamentală cvasi-permanentă;
- dezorganizări ale activității;
- labilitate emoțională, anxietate, logofobie;
- disprosexie datorită concentrării obsesive pe forma comunicării, și nu pe conținut;
- transpuneri ale bâlbâielii în scris-citit;
- inadaptare socială, mergând până la alienare.

Șt. Gîrbea și G. Cotul (1967, p. 294) remarcă că, la balbici, „nu se observă tulburări în emisiunea vocii cântate și, invers, la fonastenici de cele mai multe ori bâlbâiala este absentă”.

Frecvența cea mai mare se constată la băieți, comparativ cu fetele (în raport de 4:1). Studiindu-se geneza tulburărilor de ritm și fluentă (bâlbâiala fiind cea mai cunoscută dintre acestea), s-a observat că nu există o etiologie simplă și, prin urmare, ușor remediabilă, ci o combinație de factori, cu diverse relevanțe în diverse contexte și la vârste diferite.

Etiologia bâlbâielii cuprinde (cf. I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 308-309):

1. *factori favorizanți*: hiperexcitabilitate sau reactivitate redusă, debilitate somato-psihică (datorată unor afecțiuni neuropsihice ale părinților, îmbolnăvirilor din perioada prenatală, maladiilor cronice din primii trei ani de viață), mediu familial traumatizant psihic (prin control excesiv asupra copilului, cerințe exagerate privind performanța școlară și socială, bilingvism, atmosferă familială tensionată), stil de viață neadecvat (lipsa unui program zilnic, alimentație necorespunzătoare), imitări atât ale bâlbâielii unuia dintre părinți, cât și a vorbirii precipitate a celor din entourage;

2. *factori agravanți*: atitudinea familiei față de disritmiile copilului (fixate fie prin încurajarea vorbirii „infantile” a acestuia, fie prin ironii și sancțiuni umilitoare), situația în care copilul trebuie să vorbească (examinare școlară stresantă, audiere oficială), atitudinea grupului școlar, a cadrelor didactice sau a persoanelor străine față de conduita verbală a copilului bâlbâit etc.;

3. *factori declanșatori*: solicitări intempestive de a lua cuvântul, ilaritate din partea auditoriului sau admonestări brutale, nesiguranță în exprimarea propriului punct de vedere în fața unui auditoriu ostil, trac, anxietate, șoc emoțional.

După alți autori, cauzele pot fi împărțite în două categorii:

- cauze *anatomo-fiziologice*: ereditare (ce determină o anumită conformație a aparatului fono-articulator sau un nivel inadecvat al tonusului muscular), centrale

(distrugerii neuronale, destructurări ale rețelelor acestora etc.), reflexologice (vorbirea fiind înțeleasă, în acest context, ca un reflex condiționat extrem de complex și de fin reglat);

- cauze *psihosociale*: imitări ale bâlbâielii unuia dintre adulții sau copiii din anturajul imediat, atitudini negative și punitive ale adulților față de precipitarea în vorbire a copilului, traume afective legate de comunicare etc. „Bâlbâiala depășește cu mult sfera unor simple tulburări de articulație și este considerată ca o tulburare de comunicare, în care ritmul și fluența exprimării sunt puternic afectate. Datorită complexității sale etiologice interesează deopotrivă pe medici, logopezi, psihologi, ca și pe educatori sau părinți” (E. Boșcaiu, 1973, p. 83).

11. 7. RELAȚIA DINTRE BALBISM ȘI LOGONEVROZĂ

Deoarece componenta psihologică este extrem de importantă în structurarea și permanentizarea bâlbâielii, este de înțeles de ce orice exacerbare a importanței celei dintâi conduce la amplificarea celeilalte. Atunci când copilul este mic, când anturajul său nu subliniază în mod deosebit performanța lui verbală sau când este vorba de o deficiență mintală ce nu permite conștientizarea valorii sociale a unei exprimări verbale fluente, bâlbâiala rămâne la un nivel incipient, consolidându-se ca deprindere vicioasă. E. Verza (1998, p. 87) nota faptul că „etiologia este comună pentru bâlbâială și logonevroză: apariția uneia sau alteia depinde de starea psiho-fiziologică a individului, de felul cum trăiește în plan psihic handicapul”, însă „bâlbâiala se transformă în logonevroză atunci când există sau apare un fond nevrotic ca urmare a conștientizării handicapului și a trăirii acestuia ca o dramă, ca un moment de frustrare a posibilităților pe care le are individul. [...] La persoanele nevrozate sau psihonevrozate, factorii nocivi (mai cu seamă traumele psihice, stresurile) pot provoca direct logonevroza, ceea ce accentuează starea generală de nevrozism” (*ibid.*).

Relația dintre bâlbâială și logonevroză este, prin urmare, una de tip causal, conștientizarea deficienței determinând, inițial, fragilitate a conduitei verbale, apoi logofobie și, în cazurile grave, logonevroză. E. Boșcaiu sublinia faptul că „deși se ivesc anumite dificultăți, precizarea formei de bâlbâială încă de la o vârstă mică are o importanță fundamentală, deoarece momentul care permite intervenția logopedului ca și stabilirea măsurilor terapeutice sunt dependente de modul de manifestare a acestei afecțiuni” (E. Boșcaiu, 1973, p. 89).

11. 8. INTERVENȚIE ȘI PROGNOSTIC ÎN TERAPIA BALBISMULUI ȘI LOGONEVROZEI

După cum s-a putut constata anterior, terapia tulburărilor de ritm și fluență (și cu precădere cea a bâlbâielii și logonevrozei) trebuie să înceapă cât mai timpuriu, o dată cu diagnosticarea corectă a deficienței. Dacă la copii intervenția corectiv-recuperatorie este orientată îndeosebi spre înlăturarea factorilor cau-

zatori, indirect obținându-se ameliorarea și chiar dispariția simptomelor, la puberi, adolescenți și adulți demersul logopedic este centrat pe subiect, acesta fiind ajutat să își structureze cele mai fiabile strategii de autocontrol verbal și de prevenire a blocajelor, concomitent cu fortifierea eului prin tehnici de psihoterapie.

Programul terapeutic complex este structurat conform unor criterii care impun:

- cunoașterea de către logoped a structurii relaționale a copilului bâlbâit (anturajul imediat, microgrupul școlar, persoanele adulte care vin în contact cu el), a condițiilor de locuit și de mediu (poluare etc.), a celor de studiu, joacă și odihnă, a stilului de viață al familiei (și al eventualelor discrepante dintre cerințele școlare și cele familiale);
- depistarea cauzelor răspunzătoare de apariția și consolidarea tulburării;
- începerea intervenției corectiv-recuperatorii cât mai de timpuriu;
- adecvarea metodelor și procedeeleor la tipul și gradul tulburării, vârsta subiectului, trăsăturile sale de personalitate, condițiile sale de mediu familial și școlar;
- obținerea încrederii copilului atât în profesionalismul logopedului, cât și în șansele pe care le are de a-și remedia deficiența;
- corelarea reeducării verbale cu reconfigurarea imaginii de sine și a stilului relațional (cf. I. Mușu *et al.*, 1997, pp. 309-310).

Există mai multe tipuri de terapii, fiecare dintre acestea focalizându-se pe o anumită direcție, în funcție de gravitatea bâlbâielii și de vârsta subiectului. Două sunt categoriile în care aceste strategii terapeutice se încadrează: simptomatică și psihoterapeutică.

1. Terapia *simptomatică* are drept obiective:

- gimnastica generală (fortifierea organismului și scăderea rigidității posturale, controlul mișcărilor, disciplinarea comportamentului, combaterea ticurilor și grimaselor);
- educarea respirației (modelarea mișcărilor respiratorii în vederea obținerii unei respirații corecte, formarea ritmului respirator normal, detensionat, introducerea materialului verbal în cursul expirațiilor);
- reeducarea ritmului vorbirii (transferul ritmicității din plan acțional în plan mintal, descompunerea și recompunerea stereotipului verbal în silabe, cuvinte, sintagme prin pronunțare simultan cu logopedul, reflectat și, respectiv, independent, sincronizarea ritmului respirator cu cel verbal și cu cel ideatic, obișnuirea copilului să facă față condițiilor stresante din societate);
- învățarea vorbirii expresive (exersarea tonalității melodice, a cezurii, a accentuării gramaticale și stilistice; exercițiile trebuie să se desfășoare într-un ritm lent și fluent) (I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 310-312).

2. Tehnicile *psihoterapeutice* folosite cel mai frecvent sunt:

- relaxarea (antrenamentul autogen Schultz, tehnica mișcărilor pasive Michaud, decontracturarea musculară fono-articulatorie);
- sugestionarea (de preferat indirectă, prin folosirea păpușii-substitut);

- hipnoză (având ca scop atât eliminarea directă a simptomului, în starea de transă, cât și reducerea tulburărilor nevrotice din sfera personalității) (Irina Holdevici, 1990);
- psihoterapie de familie (formarea unor atitudini corecte față de copilul cu tulburări de ritm și de fluentă, rezolvarea conflictelor familiale, formarea unui stil de viață sănătos, confortabil psihologic).

La acestea se mai adaugă metode și procedee din sfera *socioterapiei* (corectarea atitudinilor sociale negative privind copiii cu tulburări de ritm și fluentă și pregătirea grupurilor pentru reinserția socială a acestora), *terapii ocupaționale* (cu scopul distragerii atenției copilului bâlbâit de la modul în care vorbește, dar și cu intenția formării unor deprinderi de activitate ritmice), a *ludoterapiei și psihodramei* (I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 312-315).

Există, pe lângă aceste metode și procedee generale, și tehnici specifice, integrate în strategii de terapie logopedică complexă. De exemplu, planul terapeutic complex Lettmayer se centrează pe stabilirea unei relații de încredere între copil și logoped, urmată de analizarea stilului de viață al bâlbâitului și convingerea acestuia că preocuparea sa obsesivă pentru felul în care vorbește este nejustificată. În mod deliberat, sub supraveghere, copilul bâlbâit este pus în situații conversaționale dificile tocmai pentru a-l obișnui cu stresul vorbirii în public. Metoda Liebman debutează prin lectura unui text cu voce tare concomitent de către copil și logoped, urmând ca pe măsură ce se avansează în citire, logopedul să-și diminueze intensitatea vocii, până la dispariție (tehnică întrucâtva asemănătoare învățării mersului pe bicicletă) (*ibid.*, pp. 315-316).

În ceea ce privește prognosticul în tulburările de ritm și fluentă, acesta depinde de tipul și gradul deficienței, de vârsta subiectului, de momentul începerii terapiei, precum și de o mulțime de alți factori psihoindividuali și socio-culturali. Dacă în ceea ce privește bâlbâiala există bune șanse de reușită atunci când vârsta copilului este mică iar intervenția debutează precoce, în cazul logonevrozei prognosticul este rezervat. La un tânăr sau adult cu tulburări de ritm și fluentă amplificate psihologic, strategiile terapeutice pun accentul mai mult pe însușirea unor patternuri comportamentale și relaționale care să țină deficiența sub control decât pe remedierea definitivă a acesteia. Adesea, astfel de subiecți își pot supraveghea satisfăcător stilul verbal și au o imagine de sine funcțională, însă, ori de câte ori apar situații neprevăzute, încărcate de stres și care scapă de sub control, vechile deprinderi tind să revină. De aceea, mai importantă decât terapia în sine rămâne profilaxia bâlbâielii și logonevrozei (E. Boșcaiu, 1983).

11. 9. TULBURĂRILE DE VOCE: DEFINIȚIE, DIAGNOSTIC, ETIOLOGIE, CLASIFICARE

Atunci când ne referim la tulburările vocii nu avem în vedere modificările pasagere care țin de o anume stare de fatigabilitate datorată suprasolicitării aparatului fono-articulator (cum este cazul cântăreților, al oratorilor, al profesorilor

etc.) ori pe cele de tip pseudofonastenic (variații temporare ale registrelor vocale datorită unei emoții). De asemenea nu ne referim nici la *mutația fiziologică a vocii* la pubertate, când, datorită activității hormonale ce determină apariția caracterelor sexuale secundare, vocea se schimbă, pierzându-și tonalitatea infantilă, și devine specifică pentru fiecare din cele două sexe.

Sunt considerate ca *tulburări de voce* toate acele distorsionări ale amplitudinii, frecvenței, timbrului și rezonanței vocale ce devin stabile și afectează negativ existența cotidiană a individului.

Examenul vocii se impune înaintea și în timpul tratamentului fonic, analiza acustică instrumentală fiind singura metodă obiectivă. Cu ajutorul sonometrului se înregistrează nivelul intensității și presiunii sonore a vocii. Fonatograma indică înălțimea vocii, în timp ce prin analiza spectrală a sunetului se evaluează timbrul vocal. Ultrasonoglotografia oferă informații referitoare la mișcările glotei și afrontarea coardelor vocale la fiecare ciclu fonator. Laringoscopia indirectă, cu fibră optică rigidă sau flexibilă este utilă în explorarea *in situ*, iar electromiografia laringiană surprinde particularitățile activității musculaturii laringeale. *Bilanțul acustic vocal* reprezintă sinteza diverselor explorări și măsurări, furnizând argumentele diagnostice necesare (D. Sarafoleanu și C. Sarafoleanu, 1997, pp. 312-313).

Etiologia tulburărilor de voce este foarte diversă, fiind incriminate trei tipuri de cauze principale (*apud* I. Mușu *et al.*, 1997, pp. 301-302):

- *organice* (congenitale sau dobândite): malformații ale bolții palatine, deficiențe velare, deviații de sept nazal, deformări ale limbii, mandibulei, arcadele dentare, tuberozități și inflamații laringiene, defecte ale coardelor vocale, rinite și laringite cronice;
- *funcționale*: paralizii și pareze ale mușchilor laringelui, hipotonie a vălului palatin, vibrații ale falselor coarde vocale, disfuncții glotice etc.;
- *psihogene*: șoc psihic, stare emoțională deosebită, trac, stres, precipitare etc.

Simptomatologia diferă în funcție de gravitatea tulburării, mergând de la răgușeală, senzație de corp străin în faringe, tuse, greutate în sonorizarea unor consoane, bitonalism (oscilație tonală involuntară), până la vorbire șoptită și incapacitate de emisie a vocii (afonie).

Clasificarea tulburărilor de voce ia în considerare toate tipurile de cauze, accentul fiind pus pe gravitatea simptomatologiei.

1. *fonastenia*: suprasolicitarea și utilizarea incorectă a vocii determină, în timp, scăderea intensității acesteia, pierderea melodicității, rateuri și blocaje, apariția tremorului vocal. „În majoritatea cazurilor, fonastenia este însoțită de o serie de dereglări de ordin psihic (frustrare, nesiguranță, teamă, frică), care o mențin și chiar o accentuează” (E. Verza, 1998, p. 89);

2. *disfonia*: reprezintă o „tulburare a vocii, a registrului și calității sunetelor vocale și a timbrului. Pronunția poate fi nazală sau răgușită fiind datorată unor defecțiuni de construcție sau de structurare a actului emisiei și de surmenarea sau uzura aparatului fonemic” (P. Popescu-Neveanu, 1978, s.v.).

Este consecința difuncțiilor musculaturii laringale sau a dereglării activității coardelor vocale datorită unor cauze organice (noduli) sau funcționale (psihomotorii). În disfonie, „vocea este falsă, bitonală, monotonă, nazală, tușită, voalată, scăzută în intensitate, timbru inegal etc. Dereglările și spasmele respiratorii, produse fie ca urmare a tonusului muscular slab, fie pe baza tracului, a emoțiilor, a șocului, a angoasei, pot determina instabilitatea vocii, inhibiția ei, monotonia și caracterul șters, nediferențiat sau chiar șoptit” (E. Verza, *op. cit.*, p. 89);

3. *vocea oscilantă* (de „falset”): se produce datorită alternării registrelor vocale în timpul vorbirii;

4. *mutația patologică a vocii* apare atunci când modificarea emisiei vocale nu este datorată accentuării dimorfismului sexual, normal la pubertate, ci altor cauze, manifestările tipice fiind vocea acută (stridentă, cu tonuri înalte, specifică mai ales copiilor cu hipoacuzie gravă) și vocea gravă (cu tonalitate sumbră, profundă);

5. *vocea nazalizată*: se datorează devierii unei părți a fluxului de aer prin căile nazale, determinând rezonarea acestora;

6. *vocea inspirată*: are ca specific zgomotul laringian determinat de aerul aspirat în plămâni care produce vibrația scurtă a coardelor vocale. „Vocea inspirată este subțire și lipsită de variație. În timpul vorbirii nu se aud vocalele deschise, iar structurile combinate cu aceste foneme se aud ca niște lovituri de clapă de tonalitate înaltă” (I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, p. 302);

7. *afonia*: este cea mai gravă tulburare de voce. Este definită drept „incapacitate de fonație, pierdere totală sau parțială a vocii datorită paraliziei mușchilor coardelor vocale sau afectării centrilor nervoși ce-i comandă” (P. Popescu-Neveanu, *op. cit.*, s.v.).

I se asociază stări psihice negative, precum agitația psihomotorie, logofobia, izolarea față de grup, complexe de inferioritate. Uneori, această tulburare este consecința unei laringotomii practicate în scop terapeutic în afecțiuni precum cancerul laringian.

11. 10. INTERVENȚII TERAPEUTICE ÎN TULBURĂRILE DE VOCE

Trebuie menționat, pentru început, faptul că tratamentul medicamentos este doar un mijloc auxiliar al intervenției terapeutice. Demersul corectiv-recuperator de tip logopedic se ghidează după o serie de principii metodologice care impun, de pildă, ca exercițiile să se desfășoare abia după trecerea unei perioade rezonabile de odihnă a coardelor vocale (durata ei depinzând de gravitatea tulburării), într-un climat plăcut pentru subiect, relaxant și motivant. Nu este neglijată nici valoarea tehnicilor psihoterapeutice, destinate reducerii stresului și angoasei generate de dificultățile de comunicare.

Pacientul trebuie învățat să se servească de voce în mod corect, menajând-o în condiții de stres. Sunt indicate diverse tipuri de tratament, în funcție de gravitatea și durata afecțiunii. Prin urmare:

1. *Reeducarea* se realizează atât prin acțiune asupra vocii (implicând toate organele și formațiunile anatomice participante la emisia vocală), cât și asupra respirației (cuprinzând toate componentele ce concură la realizarea acesteia). Tehnicile specifice sunt adaptate fiecărui tip de tulburare în parte. Astfel:

- în afonie și disfonii se recomandă repaus vocal, urmat de exerciții speciale de expirație neverbală și, respectiv, verbală (folosind vocale și apoi silabe);
- în cazul vocii oscilante se fac exerciții de reglare a tonalității și educare a registrului vocal potrivit pentru subiectul în cauză;
- în cazul vocii inspirate se pune accent pe gimnastica fono-articulatorie și pe exercițiile de formare a unei respirații corecte și ritmice (mai cu seamă a expirației verbale);

2. *Tratamentul medical* este orientat către permeabilizarea foselor nazale, a oro- și rino-faringelui, dar și către întreținerea funcțională a laringelui și a arborelui traheo-bronșic.

3. *Fonochirurgia* se practică sub microscop, după înregistrarea imaginii glotice pe bandă video, pacientul fiind sub anestezie generală.

4. *Crenoterapia* este recomandată după fonochirurgie, dar și în afecțiunile cronice recidivante ale coardelor vocale, în completarea reeducării foniatrice (D. Sarafoleanu și C. Sarafoleanu, *op. cit.*, pp. 315-316).

O atenție deosebită trebuie acordată remedierii tuturor acelor cauze care țin atât de mediul familial și social, cât și de contextul ambiental, care predispun, întrețin sau agravează tulburările de voce. La fel, ca în cazul bâlbâielii și logonevrozei, acțiunea preventivă este întotdeauna mai importantă decât cea terapeutică propriu-zisă.

11. 11. DISLEXO-DISGRAFIA: DEFINIȚIE, SIMPTOMATOLOGIE, CLASIFICARE

Definirea exactă a tulburărilor de scris-citit constituie încă o problemă delicată, deoarece etiologia acestora este extrem de variată, generând probleme deosebite atât în ceea ce privește înțelegerea mecanismelor anatomo-fiziologice și psihologice ce determină apariția lor, cât și referitor la conceperea unor strategii corectiv-recuperatorii cât mai adecvate, deci cât mai eficiente. Un alt element de care trebuie să se țină seama este raportul dintre vârsta copilului și dificultatea de scris-citit pe care o manifestă, fiindcă este evident faptul că diagnosticul de „dislexie” sau „disgrafie” nu poate fi pus unui subiect aflat încă în etapa însușirii grafemelor sau aluia care este analfabet. După P. Popescu-Neveanu (1978), *dislexia* este o „perturbare anormală a mecanismelor citirii (ce se efectuează cu deformări, erori, lacune), simbolurile citite nu sunt precis identificate, clar înțelese și corect reproduse” (p. 206), în timp ce *disgrafia* reprezintă o „perturbare a învățării scrisului, anomalie a activității grafice exprimată în substituiți, omisiuni, inversări de litere și silabe sau fuziuni de cuvinte. Disgrafia se mai manifestă prin neregularitatea desenului literelor și dispunerea lor anarhică în pagină” (*ibid.*, p. 204).

Conștient de dificultatea dar și de importanța elaborării unei definiții cât mai corecte și complete a fenomenului dislexo-disgrafiei, E. Verza, într-o lucrare de referință în domeniul logopediei românești, propunea o formulare extrem de analitică dar și exhaustivă, încercând să acopere principalele criterii (etiologic, simptomatologic, lingvistic, psihopedagogic). Astfel, „tulburările lexico-grafice sunt incapacități paradoxale totale în învățarea și formarea deprinderilor de citit-scris, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie sau incapacități parțiale denumite *dislexie-disgrafie* ce apar ca urmare a existenței unor factori psihopedagogici necorespunzători sau neadecvați la structura psihică a subiectului, a insuficiențelor în dezvoltarea psihică și a personalității, a modificărilor morfo-funcționale, de la nivelul sistemului nervos central, și a deteriorării unor funcții din cadrul sistemului psihic uman, a deficiențelor spațio-temporale și psihomotricității, a unor condiții cu caracter genetic, a nedezvoltării vorbirii sau a deteriorării ei etc., și care se manifestă prin apariția de confuzii frecvente între grafemele și literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, omisiuni și substituiri de grafeme și litere, omisiuni, adăugiri și substituiri de cuvinte și chiar sintagme, deformări de litere și grafeme, plasarea defectuoasă în spațiul paginii a grafemelor, neînțelegerea completă a celor citite sau scrise, lipsa de coerență logică a ideilor în scris și, în final, neputința de a dobândi abilitățile corespunzătoare vârstei, dezvoltării psihice și instrucției” (1983, pp. 58-59).

Etiologia tulburărilor limbajului grafo-lexic cuprinde cauze ereditare (ce determină deficiențe vizual-perceptive, psihomotorii sau de organizare a activității psihice superioare), dar și cauze ce acționează postnatal. Acestea din urmă aparțin de regulă mediului familial și social de apartenență, dar și condițiilor ambientale nefavorabile (cu efect asupra stilului de viață, alimentației, învățării, odihnei, dezvoltării somatice și psihologice). Contrarierea dominanței manuale poate conduce la apariția și consolidarea unor deficiențe ale limbajului grafo-lexic (copii stângaci, obligați să scrie cu mâna dreaptă). De asemenea, cerința de a învăța concomitent două limbi la o vârstă foarte mică (ca în cazul familiilor etnic mixte) este uneori răspunzătoare nu numai de apariția tulburărilor de pronunție, dar și a celor de scris-citit. Deși leziunile la nivel cerebral conduc la tulburări grafo-lexice grave (cum se întâmplă în afazii), cauzele celor mai multe deficiențe de scris-citit trebuie căutate în domeniile nemedicale. Astfel, întâzieri în planul dezvoltării motorii și psihomotorii, traume afective, afecțiuni de tip psihiatric conduc, printre altele, și la deficiențe în aria grafo-lexică. Lipsa unor condiții educative potrivite nivelului de vârstă poate fi, de asemenea, incriminată.

Simptomatologia dislexo-disgrafiilor (deseori întâlnite ca un complex unitar) se manifestă la diferite niveluri lingvistice, precum:

1. la nivelul fonem-grafemului:

- dificultăți în diferențierea auditivă a fonemelor și vizuală a grafemelor (de exemplu, confuzii între surde și sonore, respectiv între vocale și consoane asemănătoare grafic, cum ar fi „a” și „o”, „m” și „n”, „b” și „d” etc.);
- tulburări în lexia și grafia consoanelor;

- tulburări în lexia și grafia vocalelor, precum și confuzii fono-grafice între acestea, prin suprimarea unor elemente grafice (de exemplu, între „o” și „a”, „l” și „i” etc.); dificultăți în lexia și grafia cuvintelor care duc la alternanțe vocale;
- deficiențe în ceea ce privește succesiunea normală a fonemelor și grafemelor (inversiuni parțiale și totale, omisiuni, adăugiri);
- tulburări ale lexiei și grafiei cifrelor și numerelor naturale;
- dificultăți lexice și grafice specifice (lexia fonemelor compuse din mai multe litere, respectiv grafia grupului de litere care redă un singur fonem: „che”, „chi” etc.);

2. la nivelul cuvântului:

- distorsiuni la scrierea și citirea silabelor, dificultăți în despărțirea în silabe;
- eliziuni ale fonemelor și grafemelor finale;
- omisiuni sau adăugiri de silabe și chiar cuvinte;
- omisiuni de prepoziții, conjuncții, alte părți de vorbire;
- substituiți de cuvinte datorită unor confuzii semantice sau morfologice;
- salturi de la un rând la altul, atât în citire, cât și în scriere;

3. la nivelul propozițiilor și frazelor.

- dificultăți în respectarea regulilor de ortografie și ortoepie;
- lexie spasmodică, precipitată, cu pauze mari, marcate de sunete parazite („m”, „ăă”);
- ritm lent în citire și în scriere (în special la copiere);
- substituiți de cuvinte prin „ghicire” contextuală sau prin asemănări cu situații cunoscute anterior (de exemplu, propoziții care încep exact ca în manualul școlar, dar care se încheie altfel);
- deficiențe particulare, cum ar fi deformări ale lexiei și grafiei unor litere, scris mărunț sau, dimpotrivă, supradimensionat, pierderea aliniamentului rândurilor, orientare dificilă și defectuoasă în spațiul paginii, înclinare exagerată a scrisului spre dreapta sau spre stânga, rotiri ale grafemelor, citire „în oglindă” etc. (cf. I. Mușu *et al.*, 1997, pp. 183-186).

Pentru că atât etiologia, cât și simptomatologia sunt diverse, clasificările diferă de la autor la autor, în funcție de interesul său epistemic și de formația sa academică.

Astfel, dacă se ia în considerare criteriul etiologic, vorbim despre *dislexia pură* (care apare la copiii cu inteligență și comportament normale, fără tulburări de lateralitate, de schemă corporală, de organizare și structurare spațio-temporală), *pseudodislexie* (deficiențele în scriere și citire datorându-se efectelor negative ale mediului ambiental sau familial, școlar, socio-cultural), *paradislexie* (caracterizată prin dificultăți de exprimare orală, vocabular redus, stil infantil, confuzii semantice, dezinteres pentru activitățile de scris-citit, disortografii, deficiențe psihomotorii etc.), *dislexie instrumentală* (cauzată de deficiențe ale percepției).

Dacă ne referim la criteriul simptomatologic, distingem *dislexia fonematică* (caracterizată printr-o slabă dezvoltare a auzului fonematic), *dislexia optică* (în care se constată deficiențe ale percepției vizuale), *dislexia literală* (nerecunoașterea literelor), *dislexia verbală* (manifestată prin incapacitatea copilului de a efectua operații de analiză și sinteză a cuvântului) (apud M. E. Hvatțev).

Dislexia pură se întâlnește mai frecvent în limbile etimologice (engleză, franceză) și este definită astfel: „inabilitate specifică sau dificultate pronunțată în învățarea citirii sau a pronunțării literă cu literă (*spelling*), în ciuda normalității celorlalte funcțiuni intelectuale”.

Constituie o „tulburare neurologică cronică ce inhibă capacitatea individului de a recunoaște și procesa simboluri grafice, îndeosebi acelea aparținând limbajului” (1768. *The New Encyclopædia Britannica*, ed. a 15-a. Chicago etc.: Encyclopædia Britannica, Inc., IV, p. 311).

Cele mai importante simptome sunt nivelul extrem de redus al deprinderilor de citire (și care nu este consecința vreunei etiologii precizate), tendința de a citi și scrie literele și cuvintele de-a-ndoaselea, tendința de a inversa litere și cuvinte în vorbire. Tulburarea este de trei ori mai frecventă la băieți decât la fete. Deși doar o minoritate rămân incapabili să citească la vârsta adultă, mulți dislexici au probleme la lectură pe parcursul întregii vieți. S-a constatat că dislexicii înregistrează, statistic, performanțe mai bune la testele neverbale de inteligență decât congenerii normali (*ibid.*).

În 1917, oftalmologul englez J. Hinshelwood descria „cecitatea verbală congenitală”, constatând că nu mecanismele vederii erau răspunzătoare, în acest caz, de problemele de citire observate, ci un defect grav la nivelul centrului memoriei vizuale, evidențiind și un decalaj izbitor între memoria auditivă și cea vizuală². Ulterior, denumirea a fost schimbată în „dislexie de evoluție”, M. Critchley³ considerând că această tulburare reprezintă un defect al interpretării simbolurilor vizuale, asemănător destrukturării limbajului la afazici (*an aphasia-like state*). Caracteristici principale:

- nu este consecință a unor disfuncții ale percepției auditive sau vizuale;
- nu are legătură cu vreo deficiență vizual-spațială;
- se corelează strâns cu întârzieri în dezvoltarea limbajului;
- se manifestă prin deficiențe cronice în operarea cu litere și cuvinte (inversiuni și confuzii);

² Cf. J. Hinshelwood (1917). *Congenital Word Blindness*. London: Lewis. De altfel, încă din 1895 el publica articole despre acest subiect în revistele medicale.

³ Cf. M. Critchley (1964). *Developmental Dyslexia*. London: Heinemann Medical Books, Ltd. (și ediția a doua, augmentată, din 1970).

- pare a fi asociată cu nedefinirea dominanței cerebrale;
- apare independent de nivelul de inteligență al copilului;
- este dobândită ereditar (*apud* J. Francis-Williams, 1976, p. 14).

D. Johnson și H. R. Myklebust (1967) înțelegeau dislexia nu doar ca pe o tulburare de citire, ci ca pe o parte constitutivă a unei dizabilități primare în sfera limbajului și a învățării, defectul principal fiind la nivelul simbolizării⁴.

La rândul lor, ca tulburări de sine-stătătoare, disgrafiile se prezintă sub diverse forme (*apud* I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, p. 181):

- *disgrafii auditive*: datorate unor tulburări ale decodificării fonemelor sau slabei dezvoltări a auzului fonematic (analiza și sinteza sunt deficitare, existând dificultăți de corelare a fonemului cu grafemul corespunzător);
- *disgrafia verbală*: determinată de calitatea exprimării orale (în scris transpunându-se toate tulburările de pronunție și chiar și bâlbâiala);
- *disgrafia optică*: consecință a unor leziuni sau a unor insuficiențe dezvoltamentale ale structurilor vizual-verbale (având ca rezultat denaturarea scrierii sau agrafie);
- *disgrafie spațială*: caracterizată prin deficiențe de organizare spațială a scrierii, mergând până la suprapuneri de rânduri, scriere în diagonală și chiar scriere „în oglindă”;
- *disgrafie disortografică*: manifestată prin nerespectarea cerințelor morfologice și sintactice ale limbii, deși acestea sunt cunoscute copilului.

E. Verza (1983, 2003) lua în considerare toate criteriile atunci când descria formele sindromului dislexo-disgrafic (specific structurii limbii române), bazându-se pe taxonomiile cele mai uzitate:

- *dislexo-disgrafia specifică (propriu-zisă)*: manifestată printr-o incapacitate paradoxală în formarea deprinderilor grafo-lexice. Se remarcă dificultăți pregnante în activitatea de compunere sau de scriere după dictare, deși elevul poate copia unele litere și poate citi silabisind;
- *dislexo-disgrafia de evoluție (structurală, de dezvoltare)*: caracterizată prin absența unor progrese semnificative în achiziția deprinderilor de scris-citit în pofida eforturilor depuse. Se constată disortografie, dificultăți în identificarea literelor sau a altor simboluri grafice, dificultăți în înțelegerea cuvintelor, sintagmelor și propozițiilor. Sunt frecvente omisiunile, adăugirile, substituirile, inversiunile, confuziile în timpul scrierii;
- *dislexo-disgrafia spațială (spațio-temporală)*: manifestată prin scris și citit în diagonală, concomitent cu fenomene precum segmentarea inadecvată a cuvintelor în silabe și aspectul ondulatoriu al scrierii;

⁴ Cf. D. Johnson și H. R. Myklebust (1967). *Learning Disabilities. Educational Principles and Practices*. New York: Grune & Stratton.

- *dislexo-disgrafia motrică*: consecință a deficiențelor de motricitate generală și fină, având ca rezultat scris-citit neglijent, neregulat, inegal, tremurat, rigid, rău organizat și proporționat, confuz, la care se adaugă dificultăți de înțelegere;
- *dislexo-disgrafia liniară*: manifestată ca o incapacitate de trecere de la un rând la următorul, constatându-se pauze nejustificate sau sărirea unor rânduri (mai accentuată la scriere decât la citire);
- *dislexo-disgrafia pură (consecutivă)*: apare ca tulburare asociată în alte deficiențe (afazie, alalie, hipoacuzie, ambliopie etc.) (E. Verza, 2003, pp. 241-242).

11. 12. FORME SPECIFICE ALE DISLEXO-DISGRAFIEI LA ELEVII CU DEFICIENȚE

Pe lângă formele de dislexo-disgrafie prezentate mai sus, constatăm și unele elemente particulare ale actului scris-cititului la elevii cu handicap, cele mai evidente fiind în cazul deficiențelor mintal și al nevăzătorilor (care folosesc sistemul Braille).

În ceea ce privește elevii cu *deficiență mintală*, trăsăturile de specificitate se observă mai pregnant poate decât la orice alt tip de deficiență, rigiditatea, vâscozitatea genetică, heterocronia proceselor psihice, fragilitatea conduitei verbale și cea a întregii personalității punându-și amprenta și asupra scris-cititului. La tulburările de ordin perceptiv și psihomotor pe care mulți dintre ei le au, se adaugă deficiențe ale funcției simbolice și ale operațiilor gândirii (cele mai afectate fiind analiza, sinteza și comparația), tulburări de memorie, incapacitate de ajustare și transfer a unor algoritmi învățați anterior la o situație-problemă nouă. „La debilul mintal, imaginea cuvântului nu se prezintă totdeauna ca unitate a interacțiunii imaginilor acustice, optice și kinestezice, ceea ce face dificilă cuprinderea sintetică a cuvântului la citire sau redarea unitar-dinamică, și nu dispartă, în scriere. Ca urmare, procesul scris-cititului se prezintă, la debilul mintal, ca fiind scindat în elementele sale componente și se creează impresia unei desfășurări succesiv-consecutive din care lipsesc elementele de simultaneitate ce dau unitate întregului proces” (E. Verza, 1983, p. 143).

Datorită activismului verbal redus și efortului insuficient în elaborarea mintală și formularea verbală a ideilor, copiii cu deficiență mintală nu reușesc să confere substanță producțiilor lor grafice. Ei „nu elaborează mai întâi un plan de expunere, ideile sunt spuse la întâmplare, fără legătură între ele, iar cuvintele și propozițiile nu sunt alese și nici nu exprimă totdeauna sensul adecvat al ideii” (*ibid.*, p. 134).

Această lipsă de atenție față de conținutul și forma comunicării devine încă și mai pregnantă în scris-citit. Elevii cu deficiență mintală nu se concentrează suficient asupra actului citirii, privirea lor fie se „blochează” într-o anumită

zonă a câmpului grafic (atrasă, posibil, de vreun detaliu frapant), fie „alunecă” peste propoziții și fraze (copiii fiind mai degrabă tentați să-și reamintească propoziții și fraze asemănătoare grafic). De asemenea, ei au mari dificultăți sau sunt chiar incapabili (în funcție de gravitatea handicapului) să rezume, cu propriile cuvinte, cele tocmai citite cu voce tare. În cazul lecturii în limbaj intern, apare vagabondajul privirii, însoțit de detașarea rapidă de text și pierderea coerenței celor citite până atunci. Scrisul are, dincolo de sărăcia semantică și de greșelile morfo-sintactice numeroase, un aspect dezordonat, rigid, inestetic, uneori bizar (scrisul „în oglindă”). În deficiența mintală severă și profundă se ajunge până la alexie și agrafie, incapacitatea înțelegerii și folosirii simbolurilor derivând din caracteristicile sindromului oligofrenic. „Dacă la persoanele normale, care și-au pierdut capacitatea lexico-grafică, fenomenele de alexie-agrafie fac parte dintr-un complex de tulburări, cum sunt cele de tip afazic, apraxic, agnozic, disartric etc., în deficiența de intelect asemenea fenomene (ca de altfel tulburările limbajului în general) devin manifestări centrale în jurul cărora gravitează tot complexul de deficiențe specifice” (*ibid.*, p. 144).

La elevii cu *deficiențe vizuale* se constată două categorii de probleme distincte. În situația în care ne referim la elevii ambliopi care recurg la scris-cititul obișnuit, trebuie să ținem cont de faptul că majoritatea dificultăților pe care aceștia le au rezultă din deficiența lor primară. Datorită percepției vizuale scăzute și volumului redus de reprezentări vizuale apar confuzii frecvente între grafemele asemănătoare optic („u/n”, „m/n”, „a/e” etc.). Auzul fonematic bine dezvoltat și gestionarea atentă a informației verbale deja acumulate ameliorează compensator prestația grafo-lexică a elevilor ambliopi. Folosirea percepției tactile ca mijloc ajutător în învățarea simbolurilor alfanumerice (pipăirea conturilor literelor și cifrelor din alfabetarul mobil) ușurează în mod considerabil intuirea caracteristicilor definitorii ale acestora, și deci memorarea lor rapidă și corectă. Totuși, la ambliopi, învățarea scrisului de mână se poate dovedi dificilă datorită cerințelor caligrafice care, pe de o parte, fac unele diferențe între litera tipărită și cea scrisă de mână, iar, pe de altă parte, impun legarea grafemelor în structuri morfo-sintactice unitare. Din acest motiv, nu numai că ambliopului îi este foarte dificil să scrie cursiv literele unui cuvânt, dar îi este aproape imposibil să descifreze un text scris de către o persoană străină. Dacă ținem cont de faptul că acești elevi pot citi doar dacă textul respectiv respectă anumite norme grafice (privind mărimea literelor, contrastul dintre acestea și fond, individualizarea și spațierea lor), devine limpede că e aproape imposibil să delimitezi litere individuale într-un scris legat, de mână, chiar și atunci când acesta este caligrafic. Dacă luăm în discuție categoria nevăzătorilor, trebuie să ne referim la câteva particularități ale scris-cititului în Braille. La realizarea acestui act participă nu numai simțul tactil-kinestezic, ci și auzul (neverbal și

verbal). Învățarea, memorarea și reactualizarea simbolurilor tifologice presupune formarea și consolidarea unor scheme tactil-kinestezice și verbo-motorii complexe, ierarhizate și coordonate de către instanța supremă a conștiinței orientate teleologic. Metoda clasică a imprimării manuale a textului necesită un efort cognitiv suplimentar, deoarece fiecare literă trebuia învățată atât ca atare, cât și „în oglindă”, lucru ce putea crea confuzii. Folosirea mașinilor de scris în Braille și, mai recent, a programelor speciale de calculator a eliminat acest gen de dificultate. Totuși, organizarea economică a sistemului Braille poate conduce la erori atât în scriere, cât și în citire, mai ales atunci când există cerințe de viteză și volum. De asemenea, caracterul succesiv al citirii nu permite cuprinderi de tip „gestalt” decât într-o mică măsură, ceea ce îngreunează corecțiile automate pe care le facem de obicei la lectura vizuală a unui text. După E. Verza (unul dintre puținii specialiști care au studiat sistematic aspectele dislexo-disgrafice în limbaj Braille), cele mai des întâlnite erori sunt: omisiuni de litere și silabe, substituirii de grafeme, omisiuni de cuvinte, adăugiri de grafeme și cuvinte, comprimări și contopiri de cuvinte, substituirii și deformări de cuvinte, omisiuni de sintagme și chiar propoziții, rânduri lăsate libere sau suprapuse, disortografii, nesiguranță în scriere (text „zdrențuit” sau text cu relief slab), conducând uneori și la texte necoerente și chiar lipsite de logică. Se remarcă și deficiențe în folosirea elementelor prozodice, deoarece, în citirea tactilă, elementele de punctuație nu pot fi cuprinse într-o imagine de tip „gestalt” și de aceea elevul este mai mult preocupat să evite greșelile decât să sesizeze accentele și, deci, să folosească intonația de rigoare. „La baza tulburărilor de scris-citit, în Braille, stau aceleași cauze ca și în scrierea în alb-negru, cu mențiunea că deficiențele de motricitate și cele de organizare spațio-temporală devin predominante în cele mai multe cazuri. Același rol însemnat îl joacă și formarea deprinderilor corecte lexico-grafice pentru că, mai mult decât la normali, la handicapații de vedere dificultățile generate de ele au implicații complexe, iar corectarea spontană se face cu mare greutate. În afara unui sistem organizat de instrucție-educație, formarea și dezvoltarea abilităților lexico-grafice în Braille este extrem de dificilă” (*ibid.*, p. 123).

11. 13. ETAPELE DEMERSULUI CORECTIV-RECUPERATOR ÎN DISLEXO-DISGRAFIE

Intervenția logopedică în dislexo-disgrafie este proiectată în funcție de anumite principii terapeutice generale (*cf.* I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 192-194), cele mai importante fiind:

- terapia trebuie începută o dată cu primele manifestări ale dislexo-disgrafiei (însă după încheierea perioadei normale de însușire a scris-cititului);

- etapa pregătitoare trebuie să cuprindă probe cu caracter diagnostic, informațiile obținute determinând în mare măsură conținutul și desfășurarea ulterioară a intervenției;
- formularea diagnosticului de certitudine va ține cont de ansamblul elementelor rezultate în urma examinării complexe a subiectului;
- copilul trebuie motivat cu tact pentru activitatea logopedică propusă;
- metodele și procedeele trebuie alese în funcție nu doar de caracterul tulburării constatate, dar și de personalitatea copilului (temperament, ritm propriu de învățare etc.);
- când tulburările grafo-lexice sunt asociate celor de vorbire, se impune corectarea acestora din urmă și abia apoi abordarea dislexo-disgrafiei;
- dacă se constată tulburări instrumentale semnificative (deficiențe de organizare și structurare spațio-temporală, incoordonări oculomanuale, contrarierea lateralității etc.), terapia trebuie să înceapă cu acestea;
- terapia respectă principiul gradării progresiv-ascendente a dificultății sarcinilor;
- intervenția logopedică trebuie să țină cont de nivelul școlar al elevului, de progresul său educațional, precum și de gradul de adaptare școlară;
- exercițiile propuse trebuie regulat repetate, însă în forme cât mai variate care să mențină activ interesul copilului pentru activitate;
- exercițiile folosite trebuie repetate și acasă, deoarece timpul alocat săptămânal unei ședințe logopedice este, prin forța împrejurărilor, insuficient;
- se impune realizarea unei corelații depline între vorbire, citire și scriere;
- învățarea scris-cititului trebuie să fie precedată de formarea corespunzătoare a capacității de operare cu simboluri grafice;
- colaborarea cu cadrele didactice, medicul pediatru și aparținătorii copilului trebuie să fie eficientă și complementară.

Programul terapeutic este conceput în funcție de următoarele cerințe: coordonare respiratorie normală, articulare corectă și fluentă, organizarea și structurarea spațiului perceptiv, stăpânirea funcției simbolice, control al mișcărilor grosiere și fine, automatizarea deprinderilor de scris-citit. Scrisul și cititul se însușesc și se structurează concomitent, fiind incluse în procesul amplu al comunicării copilului, deoarece terapia dislexo-disgrafiei „este importantă și din punct de vedere al dezvoltării generale a personalității acestuia” (*ibid.*, p. 224)⁵.

⁵ Isi Beller este autorul metodei *semiofonice* (*apud* Lambrichs, 1989, pp. 239-266), ce pornește de la ipoteza că „simptomul dislexic este consecința unei organizări defectuoase a elementelor limbajului”, motiv pentru care este necesară „introducerea unui ‘joc’ între aceste elemente, a unei flexibilități presupus preexistente organizării, aflate la originea învățării” (*ibid.*, p. 243).

Corectarea dislexo-disgrafiei impune recurgerea la metode și procedee generale dar și specifice. Cele generale se referă la exerciții pentru dezvoltarea musculaturii degetelor și a mâinii, educarea și dezvoltarea auzului fonematic, precum și a capacității de orientare și structurare spațială, la care se adaugă eforturi de înlăturare a atitudinii negative față de scris-citit și de formare a unei imagini de sine pozitive (E. Verza, 1983, 2003).

Metodele și procedeele speciale respectă următoarea etapizare:

- dezvoltarea capacității de discriminare auditivă, vizuală și kinestezic-motorie;
- obișnuirea logopatului cu cerința concentrării activității psihice (a gândirii și a atenției) asupra procesului de analiză și sinteză a elementelor componente ale grafo-lexiei;
- elaborarea la copilul logopat a capacității de conștientizare a erorilor tipice în forma de dislexo-disgrafie proprie;
- „citirea” imaginilor (izolate și în suită);
- dezvoltarea capacității de sesizare a relației dintre fonem-grafem, literă-grafem și fonem-literă;
- formarea, dezvoltarea și perfecționarea deprinderilor de scris-citit prin recurgerea la scris-cititul selectiv (fiind evidențiate cuvintele și propozițiile apreciate ca utile în terapie), citirea simultană (cu logopedul) și scrisul supravegheat (logopedul impunând corectarea imediată a greșelilor), citirea și scrierea în pereche (doi elevi fiind solicitați să citească și să scrie în timpul aceleiași activități logopedice, urmând ca să se corecteze reciproc), citirea și scrierea în ștafetă (recomandată pentru activitățile frontale, când toți copiii trebuie să fie atenți la ceea ce se citește și se scrie, pentru a putea semnaliza greșelile și pentru a continua; activitatea este mai dinamică atunci când se recurge la citit-scrisul în „ștafeta greșelilor”, elevii fiind motivați să semnaleze și să corecteze greșelile), citirea și scrierea pe roluri (de preferință în cadrul unei mici dramatizări), citirea și scrierea cu caracter ortoepic (repetându-se acele structuri care prezintă dificultăți), citirea și scrierea pe sintagme (cu împărțirea textului în unități cu sens, ușor de cuprins în câmpul vizual central);
- automatizarea deprinderilor de scris-citit prin exerciții de copiere, dictare și compunere;
- dezvoltarea limbajului și stimularea întregii activități psihice (*ibid.*).

Reiterăm condiția *sine qua non* a corectării tulburărilor de vorbire înaintea sau concomitent cu terapia dislexo-disgrafiei. Copiii cu dislalie senzorială (datorată auzului fonematic deficitar) au tendința de a transpune confuziile fonetice în scris-citit. „Un caz foarte interesant îl reprezintă acei subiecți la care aparatul fono-articulator este integru, pronunția fonemelor nu este

afectată, indiferent de context, dar un auz fonematic deficitar și o memorie auditivă deficitară fac aproape imposibile analiza și sinteza cuvântului" (S. Donciu, 2001, p. 39).

De asemenea, dizartria și balbismul își lasă amprenta asupra scris-cititului. „În terapia disgrafiei și a dislexiei, rolul esențial îl au factorii psihopedagogici care imprimă și metodicii un asemenea curs, încât tulburările scris-cititului sunt privite ca făcând parte din ansamblul modificărilor caracteristicilor de personalitate. [...] Dar activitatea logopedică nu se limitează numai la terapia tulburărilor de limbaj, ci ea trebuie extinsă și asupra prevenirii acestora. În acest context, colaborarea cu școala și familia asigură o dezvoltare normală copilului și perspectivei formării sale pentru viață" (E. Verza, 1983, p. 201).

TULBURĂRI DE LIMBAJ (III)

12. 1. RETARDUL DE LIMBAJ: SIMPTOMATOLOGIE, ETIOLOGIE, CLASIFICARE, TERAPIE

După Constantin Păunescu (1984, p. 9), „este considerat având o întârziere în apariția și dezvoltarea vorbirii copilul care până la vârsta de 3 ani folosește un număr redus de cuvinte, aproape totdeauna alterate ca pronunție, și care nu formează încă propoziții simple – deși auzul este bun, organele fono-articulatorii sunt normal constituite iar dezvoltarea intelectuală este corespunzătoare vârstei cronologice”.

Există însă dificultăți cu privire la punerea diagnosticului de certitudine. Astfel, trebuie să distingem corect acele situații în care întârzierea în apariția și dezvoltarea vorbirii nu înseamnă automat tulburare de limbaj, ci „expresia unui ritm propriu de maturizare” (M. Toncescu *in* Păunescu, 1976b, p. 253), dar și cazurile în care retardul de limbaj este o consecință a stării de handicap ori acesta se manifestă de sine stătător (E. Verza, 1998, p. 93). Retardul în limbaj propriu-zis (constituțional) nu se datorează vreunei maladii, și nici factorilor de mediu defavorizanți (J. Francis-Williams, 1976, p. 12).

Simptomele depășesc sfera comunicării, interesând întreaga personalitate a copilului logopat. Totuși, cele mai importante sunt sesizate la nivel verbal și, respectiv, psihomotor. În urma anamnezei și a examenului logopedic se constată, de pildă, că:

- perioada de lalațiune a fost scurtă și săracă în producții sonore și că a fost urmată de o perioadă de latență;
- primele cuvinte au apărut pe la doi – doi ani și jumătate, fiind extrem de simple ca structură (cu eliziunea sunetelor finale);
- fonemele dificile lipsesc sau sunt înlocuite cu altele mai ușor de pronunțat;
- grupurile consonantice sunt reduse la sunetul component cel mai ușor;
- propozițiile se constituie cu dificultate și tardiv, având structură simplă;
- nu sunt folosite cuvintele de legătură, pronumele și adverbele, iar, mai târziu, nu apar noțiunile cu grad mare de abstractizare;
- la vârsta de 4-5 ani, vocabularul activ are un volum de circa 20-30 de cuvinte, în timp ce competența verbală este aceea a unui copil de 2 ani;
- există deficiențe în aria operării mintale (dar care nu sunt de natură constituțională);

- există deficiențe în dezvoltarea neuro- și psihomotorie;
- se manifestă inhibiții afectiv-emoționale (timiditate excesivă, reticență față de comunicarea verbală, evitarea contactului interpersonal) (C. Păunescu, 1984, pp. 12-13).

Etiologia retardului de limbaj include o constelație de factori, cei mai importanți grupându-se după cum urmează (cf. C. Păunescu, 1984, pp. 9-12, I. Mușu *et al.*, 1997, pp. 102-103):

1. factori *neurologici*: cei răspunzători de leziuni cerebrale ce conduc la micro- sau macro-sechele în sfera verbo-motorie și psiho-motorie;
2. factori *traumatici*: accidente obstetricale, traumatisme abdominale ale mamei;
3. factori *somatici*: afecțiuni somatice ale gravidei, boli cronice ale copilului sau boli infecțioase care se succed la intervale foarte scurte în cursul primei copilării, infecții recurente ale căilor aeriene superioare etc.;
4. factori *psihologici* și *psihosociali*: abandon (cu manifestarea extremă a „hospitalismului”¹), neglijare verbală și acțională, greșeli în educație, mediu conflictual, părinți surdomuți etc. Acești factori, la rândul lor se clasifică în *dismaturativi* (ce conduc la carențe în dezvoltarea și maturizarea limbajului și a personalității), *nevrozanți* (cum ar fi suprasolicitarea verbală sau pretenții exagerate vizând corectitudinea și stilul comunicării, ce determină un comportament reactiv, de tipul negativismului, sau defensiv, precum mutismul voluntar) și *constitutivi* (atunci când există și deficit intelectual asociat);
5. factori *constituționali*: trăsături congenitale (adesea ereditare) ce determină apariția și consolidarea unei inabilități lingvistice manifestată în toate domeniile limbajului (întârziere a vorbirii la vârsta de 3-4 ani, urmată de o dislalie prelungită după etatea de 5 ani, continuată de tulburări de tip dislexo-disgrafic, disortografii, chiar agramatism).

Formele retardului de limbaj depind de etiologie, acestea fiind următoarele:

- forma *pură*: fără simptome în aria somatică sau neuropsihică;
- forma *constituțională*: caracterizată de o simptomatologie de tip afazie frust²;

¹ După J. M. Williams (1961. Children Who Break Down in Foster Homes: A Psychological Study of Patterns of Growth in Grossly Deprived Children. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 5-20), există o relație direct proporțională între deprivarea emoțională severă din anii considerați drept cruciali pentru dezvoltarea limbajului și retardul dezvoltării lingvistice constatată la acești copii.

² C. Păunescu (*op. cit.*, p. 13) preferă termenul „disfazie”. La alți autori, acesta are mai degrabă sensul de „alalie”. Astfel, T. T. S. Ingram (1964. Late and Poor Talkers. *In* C. Renfrew și K. Murphy (ed.), *The Child Who Does Not Talk*. London: Spastics Society & Heinemann Medical Books Ltd.) includea *developmental receptive and expressive dysphasia* alături de lipsa percepției auditive (*auditory imperception*), surditatea verbală (*word deafness*) și surditatea centrală (*central deafness*) în categoria retardului de limbaj (*developmental speech disorder syndrome*).

- forma *sechelară sau microsechelară*: asociată leziunilor cerebrale;
- forma *somatică*: asociată rahitismului, distrofiei musculare etc.;
- forma *psihogenă*: cu varietate reactivă (pe fond nevrotic), respectiv constitutivă (pe fondul unui deficit intelectual liminar). Formele psihogene, contrar aparențelor, nu sunt și cele mai ușoare din punct de vedere terapeutic, deseori ivindu-se complicații neprevăzute.

Obiectivele intervenției logopedice sunt axate pe îmbogățirea și activizarea vocabularului, corectarea tulburărilor de limbaj, diversificarea și amplificarea complexității propozițiilor și frazelor, concomitent cu creșterea expresivității vorbirii și dezvoltarea capacității de verbalizare a experiențelor cotidiene și a cunoștințelor deja însușite (cf. I. Mușu *et al.*, 1997, p. 106). După C. Păunescu (*op. cit.*, pp. 20-21), etapele intervenției logopedice se referă la:

- *psihoterapie*: precede și însoțește terapia propriu-zisă, având rolul predominant; scopurile sale sunt: eliminarea sau diminuarea stărilor conflictuale care afectează copilul, echilibrarea lui afectiv-motivațională, depășirea reticenței față de comunicare și relații interpersonale, lichidarea trăirilor de inferioritate;
- *modelul stimulării lingvistice*: are drept scop realizarea unei comunicări verbale fiabile cu anturajul apropiat, corectarea tulburărilor fono-articulatorii, creșterea clarității și expresivității vorbirii, obținerea tempoului și a melodicității vorbirii, formarea și consolidarea deprinderilor de a iniția și întreține un dialog;
- *modelele de interferență lingvistică*: etapă orientată, pe de-o parte, către eliminarea modelelor verbale și comportamentale negative ce pot fi imitate cu ușurință de către copil sau care pot genera repulsie și evitarea participării la comunicare, iar, pe de altă parte, favorizarea celor pozitive (de pildă, ale bunicilor interesați de stimularea și îmbogățirea vorbirii copilului, ale prietenilor fără deficiențe de limbaj, ale educatorilor etc.).

După C. Păunescu, în evoluția limbajului, „către vârsta de 6-7 ani se face un salt și este de reținut receptivitatea mărită pentru tratament logopedic și medico-pedagogic a acestei vârste” (*ibid.*, p. 16).

Exercițiile selectate vor ține cont de forma și gravitatea retardului de limbaj, precum și de vârsta, preocupările, interesele și trăsăturile de personalitate ale logopatului. De asemenea, materialul verbal folosit va fi ajustat în funcție de nivelul de înțelegere al copilului aflat în terapie. Cel mai folosit program de stimulare a vorbirii este sistemul *Portage*³.

12. 2. MUTISMUL ELECTIV: ETIOLOGIE, SIMPTOMATOLOGIE, TERAPIE

Mutismul electiv este „o reacție nevrotică pasivă, de apărare, care se manifestă printr-o blocare a vorbirii în condiții de stres afectiv” (I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, p. 321).

³ S. Bluma, M. Shearer, A. Frohman și J. Hillard. (1976). *Portage Guide to Early Education*. U.S. Office of Education.

Se manifestă prin refuzul parțial sau total al copilului de a comunica (verbal) cu anumite persoane sau în anumite contexte, iar, în formele grave, prin izolare relațională completă. Acest comportament poate dura zile, săptămâni și chiar ani. Mutismul electiv poate apărea și în isterie sau în schizofrenie (apud P. Popescu-Neveanu, 1978, p. 471). Este fie situațional (copilul refuză să vorbească în anumite contexte sau momente), fie legat de anumite persoane (deși comunică destul de bine cu alți copii ori cu unii adulți). De asemenea, se poate manifesta acut sau se poate croniciza. În 1980, T. Heyden distingea patru subtipuri: mutism simbiotic, mutism datorat fobiei de a vorbi, mutism reactiv, mutism pasiv-agresiv (apud C. Gorgos, 1989, p. 175). Se descriu, de asemenea, mutismul *akinetic*⁴ și mutismul *psihogen*⁵.

Etiologia invocată este înainte de toate cea *psihogenă*. Apostrofările, ironiile, atitudinile depreciative, violențele, abuzurile fizice și psihologice pot traumatiza copilul, fie dacă se repetă constant (transformându-se în conduită negativă față de copil), fie dacă acționează brutal și neașteptat (generând un șoc psihic). Mutismul electiv (sau psihogen) apare frecvent în urma unor catastrofe naturale, a războaielor sau a violențelor casnice insuportabile. Mutarea copilului de la o școală la alta sau schimbarea prea frecventă a domiciliului pot determina dificultăți de adaptare psihosocială a copilului. De asemenea, dacă el aparține unei minorități etnice, culturale sau lingvistice, acest fapt poate constitui un dezavantaj în raport cu membrii majorității. Alte cauze țin de aspectul *constituțional* (copii care au o anumită structură de personalitate bazată pe caracteristici temperamentale exacerbate ce conduc la logofobie, introvertire extremă, autism de sorginte socială, anxietate) sau *somatic* (antecedente somatopatologice, cum ar fi rahitism, tuberculoză, defect de sept ventricular etc., ce impun internări și convalescențe îndelungate).

Simptomatologia decurge din cauzele deja amintite, principalele indicii diagnostice fiind evitarea comunicării sau folosirea unui stil extrem de laconic, rigiditate afectiv-relațională, conduite „de evaziune” (refugierea în activități solitare sau renunțarea la exprimarea unor dorințe), evitarea contactului ocular etc. „De obicei, mutismul electiv apare la copiii hipersensibili și este însoțit de tulburări

⁴ „Asocierea mutismului și a akineziei, cu tulburări ale stării de conștiință, blocajul întregii activități psihomotorii voluntare și a funcțiilor senzitive și senzoriale, suprimarea mecanismelor instinctuale ale emoției, indiferență totală. Subiectul este inert, reacționează tardiv sau nu răspunde deloc la stimuliul psihosenzorial, dar păstrează o stare de veghe aparentă, urmărind cu privirea actele persoanelor din ambianță” (C. Gorgos, 1989, s.v.).

⁵ „Suprimare a comunicării verbale, realizată voluntar de către subiect, în funcție de situația creată, pe care el o consideră nefavorabilă lui, atitudinea aleasă reprezentând o formă de protest și opoziție sau de ieșire din situație. Copiii îl utilizează uneori sub formă de protest și opoziție, manifestându-și dezacordul, în lipsa altei căi de răspuns: reacția are caracter pasager și nu necesită nici un fel de terapie. În cazul adultului, mutismul voluntar își găsește locul, de obicei, în drama isterică [...]” (*ibid.*, s.v.).

comportamentale în care încăpățânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea ocupă un loc important. În majoritatea cazurilor, handicapul este determinat de atitudinile greșite în educație care traumatizează afectiv copilul. Dar și emoțiile-șoc, stresurile, eșecurile repetate, frustrările pot duce la un astfel de mutism. Deși nu comunică, copiii cu mutism selectiv înțeleg vorbirea și nu manifestă deficiențe de ordin intelectual. Dar persistența pe o perioadă mai mare a lipsei comunicării duce la rămânere în urmă pe linia dezvoltării vocabularului și a exprimării logico-gramaticale, cu repercusiuni în plan intelectual" (E. Verza, 1998, p. 93).

Dacă nu sunt corecți sau îndepărtați, factorii etiologici sabotează efortul terapeutic, determinând fie regresii periodice, fie chiar eșec. În general însă, dacă nu este vorba de afecțiuni psihiatrice, mutismul selectiv este reversibil.

Principiile generale de organizare terapeutică (cf. I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, p. 323) impun:

- scoaterea copilului din mediul traumatizant sau remedierea rapidă și completă a factorilor cauzali;
- stabilirea unei relații de încredere cu copilul, înainte de debutul oricărei activități logopedice concrete;
- asigurarea unor condiții relaxante și securizante pentru desfășurarea activității;
- evitarea oricăror evaluări depreciative privind copilul și insistarea pe educarea concomitentă a familiei în acest sens;
- deplasarea activității de pe comunicarea directă pe interacțiuni de tip joc didactic;
- folosirea tehnicilor de psihoterapie adecvate, cu accent pe arteterapie și meloterapie;
- adaptarea treptată a copilului la toate tipurile de situații și interacțiuni sociale;
- cultivarea unei imagini de sine pozitive.

Etapele intervenției terapeutice (*ibid.*, pp. 323-324) urmăresc:

• *Activitatea desfășurată în cabinetul logopedic* în primele zile, accentul cade pe sarcini neverbale, motivante pentru copil, care nu implică performanță, evaluare sau comparare cu un etalon, și care pot fi realizate cu efort moderat; apoi, logopedul se va apropia treptat de copil, ignorând în mod deliberat deficiențele sale de limbaj; treptat, logopedul va începe să i se adreseze, folosind stilul impersonal și evitând fixarea lui cu privirea (se recomandă ca primele manifestări verbale ale acestuia să nu fie scoase în evidență); din când în când va formula fraze care pot fi completate instinctiv de către copil sau va pune unele întrebări (referitoare, de exemplu, la aspecte ale situației ludice) care să incite la răspuns reflex; treptat, copilul va fi încurajat să aibă inițiative verbale, iar în final pot fi inițiate mici conversații cu subiecte interesante și amuzante care să-i permită să se exprime detașat și autonom; recidivele copilului trebuie abordate cu mult tact, căutându-se reluarea terapiei de la momentul ultimelor achiziții, însă recurgându-se la exerciții alternative; reușita trebuie tratată în

același fel, pentru a nu se cădea în extrema unui optimism nejustificat care să ducă la precipitare și, foarte posibil, la ratarea obiectivelor propuse.

- *Adaptarea copilului la microgrupul școlar* se recomandă ca, la începutul activității logopedice, copilul să fie introdus într-o grupă formată din subiecți ce prezintă tulburări de limbaj grave și evidente, nu numai pentru a-l pune, psihologic, într-o postură avantajoasă, dar mai ales pentru a-l antrena în activități neverbale competitive. Pe măsură ce rezistența copilului la terapie se reduce, el va fi încurajat să manifeste inițiative ludice și să se exprime comportamental și verbal. Ulterior, se va continua cu jocul cu subiect și roluri, urmărindu-se integrarea treptată a copilului în grupul de terapie, după care, în urma unei pregătiri temeinice, se va trece la reintegrarea în colectivul școlar.

- *Antrenarea familiei* se va insista atât pe atragerea părinților ca parteneri ai actului terapeutic, cât și pe formarea la aceștia a unor atitudini corecte față de copil.

12. 3. DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE MUTISMUL ELECTIV, RETARDUL DE LIMBAJ, DEFICIENȚELE DE AUZ ȘI AUTISMUL INFANTIL

Deși sunt deficiențe și tulburări de sine stătătoare, acestea se pot confunda la o investigare rapidă, datorită unor asemănări simptomatologice superficiale. De aceea, diagnosticul de certitudine este rezultatul celui diferențial, cunoașterea amănunțită a semiologiei diferitelor tipuri de dizabilități fiind o condiție prealabilă.

Astfel, după cum am văzut, mutismul electiv se manifestă prin refuz de a vorbi fie în anumite situații, fie față de anumite persoane. În retardul de limbaj, reticența față de comunicare se datorează în primul rând incapacității subiectului de a formula propoziții coerente și corelate logic, corespunzător nivelului său de vârstă. Dacă acest retard este consecința unei deficiențe mintale, atunci dificultățile de operare mintală coroborate cu ritmul lent de achiziție a unor noi informații și deprinderi, în contextul trenant al vâscozității genetice, se deosebesc net de potențialul bun de învățare al copilului neglijat educativ dar plasat acum într-un mediu stimulativ intelectual. Mai mult, curiozitatea manifestă și structurarea logică a noilor informații și deprinderi prin întrebări cu sens și aplicații practice adaptate la nevoile sarcinii concrete denotă capacitatea copilului cu inteligență normală dar cu retard de limbaj de a surmonta rapid handicapul de limbaj. La copiii autiști, în funcție de gravitatea deficienței, limbajul pare să-și piardă funcția instrumentală, devenind fie reflex verbal (ca în ecolalie⁶), fie parte a unor comportamente stereotipe (cuvinte sau propoziții fără legătură cu contextul, dar care se integrează în reacții circulare

⁶ „Cea mai frecventă dintre tulburările ecopraxice, constând în repetarea în ecou a cuvintelor auzite de subiect în discuția cu un interlocutor sau preluate din colateral. Caracterul de fidelitate poate merge până la reproducerea exactă a intensității, a intonației vocii și a ritmului [...]” (C. Gorgos, 1988, s.v.).

autostimulatori sau în ritualuri de calmare). Pe de altă parte, la cei cu deficiențe auditive, dificultățile de vorbire (ce merg până la absența vorbirii la copiii nedemutizați) contrastează puternic cu abilitățile de comunicare neverbală.

Mutismul selectiv survine cel mai frecvent în urma unor traume afective, detectabile atât în cadrul anamnezei, cât și după aplicarea probelor proiective. Copilul, în acest caz, se retrage din comunicare, dar este prezent în lume, față de care păstrează o distanță psihologic securizantă. Autiștii absentează atât din comunicare cât și din lume, incapacitatea de iniția și menține astfel de interacțiuni fiind considerată drept efect al angoasei generate de expunerea eului la intruziuni din exterior ori consecință a unui defect de organizare mintală, diferit calitativ de cel din handicapurile de intelect. Deficientul de auz este prezent atât în comunicare cât și în lume, performanțele sale fiind mai degrabă de ordin paralingvistic. Cel cu retard de limbaj evită comunicarea și prezența socială, conștientizând inferioritățile sale cognitive și relaționale, dar fiind receptiv la învățare. Copilul cu retard de limbaj pe fondul unui handicap de intelect caută, de regulă, comunicarea și afișarea socială, dar nu este capabil, în mod autonom, să-și ajusteze și să-și îmbogățească experiența cognitivă și cea verbal-relațională.

Lucrurile se complică atunci când deficiențele se asociază. De pildă, un copil hipoacuzic cu mutism selectiv nu numai că are abilități limitate de înțelegere și, respectiv, de exprimare verbală, dar refuză și comunicarea paralingvistică în unele situații sau față de anumite persoane. Un altul, având retard de limbaj cu note autiste, poate mima convingător comportamentul autist autentic, însă interesul manifestat față de activitățile solitare sau reacțiile automate de adaptare la condițiile de mediu îl deosebesc categoric de stereotipiile și detașarea specifice autiștilor. De altfel, așa cum s-a putut vedea într-un capitol anterior, nici autismul nu este o tulburare precis definită, inconfundabilă, fiind destule cazurile de pseudoautism.

12. 4. ALALIA: DEFINIȚIE, SIMPTOMATOLOGIE, CLASIFICARE

Alalia se definește ca fiind „tulburarea cea mai profundă de elaborare, de organizare și dezvoltare a limbajului întâlnită la copiii care nu au vorbit niciodată, și care nu se explică prin deficitul de auz sau prin întârzierea mintală” (I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, p. 73).

Alalia constă în incapacitatea subiectului de a învăța și folosi vorbirea ca instrument de comunicare, deși în unele cazuri pot fi emise sunete sau cuvinte simple. Este afectată nu doar latura expresivă a vorbirii, ci în mod parțial și cea impresivă, conducând la un retard în dezvoltarea mintală, fără însă a fi vorba despre deficit intelectual real (E. Verza, *in* Ursula Șchiopu, 1997, pp. 59-60). Alalia trebuie deosebită de afazie (deoarece aceasta din urmă este un proces de destructurare a limbajului), deși uneori se mai folosește termenul de „afazie congenitală”.

Etiologia alaliei este deosebit de complexă și foarte dificil de precizat. Sunt trei mari categorii de cauze (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 412):

- cauze *generale*: alcoolismul părinților, boli cronice ale acestora, boli grave recurente ale copilului etc.;
- cauze *motorii*: deficiențe motorii și psihomotorii, retard în dezvoltarea motricității, mobilizare insuficientă a organelor fonoarticulatorii;
- cauze *psihice*: tonus psihic redus, timiditate, logofobie, absența interesului pentru comunicare.

Simptomatologia alaliei este destul de echivocă, existând din acest motiv dificultăți în ceea ce privește diagnosticul diferențial. Astfel, deficiențele verbale ale alaliciilor nu trebuie confundate cu cele specifice deficienței mintale profunde și severe, autismului infantil, handicapului de auz, dizatriei sau afaziei. Deoarece până la vârsta de doi – trei ani limbajul este încă în perioada de formare și consolidare, diagnosticul precis de alalie este riscant de pus, fiind posibile confuzii cu mutismul electiv sau cu retardul de limbaj.

Există unele caracteristici generale, comune în alalie, precum lipsa de expresivitate, rigiditatea în mișcări și comportament, dezinteres pentru activitate, voință scăzută, deficite prosexice și perceptive (*ibid.*, p. 411), însă sunt și simptome specifice, care definesc cele două forme pure de alalie: motorie și senzorială.

În *alalia cu dominanță motorie*:

- vorbirea spontană este diminuată la 3-4 cuvinte ori lipsește total. Vorbirea imitată (după modelul oferit de către logoped) este imposibilă, dar sunt și cazuri în care copilul poate pronunța sunete sau silabe izolate, fără a le asambla însă în cuvinte. Înțelegerea limbajului pare normală în aparență, dar, la o examinare mai atentă, se constată faptul că noțiunile abstracte rămân inabordabile iar sensul unor fraze mai lungi scapă capacității lor de comprehensiune. Mișcările fono-articulatorii sunt imprecise, nesigure și dezordonate, hipertone (pronunția realizându-se clonic) sau hipotone (pronunția fiind lipsită de fermitate). Pronunția cuvintelor care conțin consoane din regiuni de articulare diferite se realizează nediferențiat, perseverându-se în articularea aceluiași sunet sau a unui foarte asemănător. Cuvinte care conțin sunete ce se repetă pot fi însă pronunțate greșit, prin substituirea fonemului corect cu un altul;

- se remarcă tulburări de organizare spațio-temporală, ceea ce se repercutează negativ asupra secvențialității mișcărilor articulatorii;

- dispraxia buco-linguo-facială conduce la dificultăți ale masticăției, mișcărilor mandibulare și linguale, ori ale controlului jetului de aer (actul de suflare în flacăra unei lumânări sau, dimpotrivă, încercarea de a sorbi un lichid printr-un pai fiind foarte greu de realizat, ba uneori chiar imposibile);

- motricitatea generală și fină a alaliciilor este deficitară, remarcându-se diverse forme de dispraxie (fiind incapabili, de pildă, să se spele pe mâini, să se șteargă cu prosopul, să prindă mingea sau să o arunce, să se îmbrace fără ajutor, să realizeze acte psihomotorii mai fine precum închiderea la nasturi,

folosirea foarfecii, coborârea scărilor cu alternanța picioarelor etc.) (apud I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 73-75).

În *alalia cu dominanță senzorială*:

- vorbirea spontană este redusă la câteva cuvinte sau chiar absentă. Uneori se observă o emisie vocală neinteligibilă, ajustată prin intonație și mimică, dar fără a se distinge ceva cu sens, deși toate sunetele limbii par a fi pronunțate;

- copilul alalic reacționează selectiv la stimuli sonori echivalenți din punct de vedere fizic, dar nu și semantic. Are dificultăți în diferențierea structurilor verbale de fondul sonor, iar interesul său pentru înțelegerea acestora este minim. Se poate manifesta și ecolalia, ceea ce denotă absența conexiunii funcționale dintre perceperea stimulului verbal și decodificarea lui;

- se observă deficiențe în concentrarea atenției, precum și în fixarea, respectiv evocarea mnezică atât a schemelor articulatorii, cât și a semnificațiilor structurilor verbale (*ibid.*, p. 75).

În afara celor două forme pure, se întâlnesc și formele mixte. Pe de altă parte, conceptul de „alalie” are o sferă mai largă de cuprindere în neurologie și neurochirurgie, incluzând surdo-mutitatea (mutism asociat cu surditate), audi-mutitatea (mutism fără surditate), mutism pitiat (ce apare brusc, după traume afective), mutism simulat (L. Popoviciu și C. Arseni, 1992, p. 61). De altfel, a existat și o perioadă când nu se făcea o distincție precisă între alalie și afazie, diagnosticul luând în considerare doar simptomatologia. Mai târziu însă s-a constatat că în timp ce alalia este o tulburare congenitală și se manifestă la vârste mici, afazia se instalează la vârste adulte sau la bătrânețe, după însușirea limbajului verbal, ca urmare a unor factori patologici (cum ar fi accidentele vasculare cerebrale) (Ursula Șchiopu și E. Verza, 1997, p. 412).

12. 5. INTERVENȚII TERAPEUTICE ÎN ALALIE

Acestea sunt organizate conform unor principii de organizare terapeutică ce impun:

- dozarea progresivă a exigențelor în raport direct proporțional cu nivelul vorbirii și cu trăsăturile de personalitate ale copilului alalic;
- asigurarea cooperării acestuia prin stimularea motivației intrinseci;
- îmbinarea activităților individuale cu cele de grup;
- învățarea limbajului verbal în cadrul unei acțiuni (joc didactic, dramatizare, desen, modelaj etc.), adaptate la nivelul dezvoltării limbajului, conținutul materialului de însușit, etapa terapeutică, vârsta copilului;
- începerea terapiei nu mai târziu de vârsta de 4 ani, ținându-se cont de faptul că, în medie, un program de învățare a limbajului durează aproximativ trei ani (I. Mușu *et al.*, *op. cit.*, pp. 81-82).

Acest program trebuie conceput astfel încât să ia în considerare aspectul fonematic, cel lexic și cel morfosintactic. Deși structura concretă a unei astfel de intervenții diferă de la caz la caz, există o succesiune de etape care trebuie respectată:

1. *etapa prefonematică*: folosirea onomatopeelor, asociate cu mișcări de imitare a animalelor, obiectelor și fenomenelor răspunzătoare de producerea acestora;

2. *etapa fonematică*: consolidarea fonemelor deja prezente și impostarea altora noi (exercițiile desfășurându-se conform principiilor de mai sus);

3. *etapa denumirii*: în forma motorie se începe recurgând la cuvinte pe care copiii le pot pronunța, acestea fiind asociate cu obiectele, ființele și evenimentele pe care le denumesc; în forma senzorială sunt alese acele cuvinte cu conținut concret, accesibil copilului, referitor la obiecte, ființe sau evenimente familiare (aria tematică fiind reprezentată de schema corporală, familia proprie, jucării, alimente comune, mijloace de transport, mobilier, animale și păsări etc.);

4. *etapa sintezei sintagmatice*: după învățarea a circa 30 de cuvinte, se trece la structuri de tip sintagmatic (formate, de regulă, dintr-un substantiv și un verb). La început vor fi preferate verbele ce exprimă acțiuni simple și concrete, cu structură fonematică accesibilă. Acțiunile sunt executate sau prezentate imagistic în timp ce sunt verbalizate, după care i se cere subiectului să formuleze singur cât mai multe structuri cu un verb dat. Este important ca noțiunile învățate să fie integrate în contextul cotidian al copilului (să fie funcționale);

5. *etapa extensiei propoziționale*: propozițiile elementare sunt dezvoltate prin introducerea diferitelor tipuri de complement. Tot acum sunt introduse și diversele comenzi verbale. Dacă la început vor fi imitate modelele verbale oferite de către logoped, treptat copilul alalic va fi încurajat să formuleze structuri verbale personale, legate de preocupările și experiența sa cotidiană;

6. *etapa limbajului expresiv lărgit*: sunt introduse pe rând celelalte categorii gramaticale și sunt dezvoltate cele deja prezente (prepoziții, pronume personale la cazul nominativ, substantive la plural, verbul la perfect compus etc.);

7. *etapa dialogului*: inițial logopedul va formula atât întrebările, cât și răspunsurile tipice, apoi copilul va fi invitat să răspundă la o serie de interogații simple, care nu ridică probleme de semantică;

8. *etapa povestirii*: copilul este incitat să realizeze mici relatări ale unor serii de imagini, diapozitive sau diafilme. Întâi logopedul oferă modelul corect, apoi sunt solicitate întrebări cu rol de sprijin, după care în final copilul va povesti în mod independent;

9. *etapa conversației*: în faza automatizării, subiectul este stimulat să povestească mici întâmplări din experiența lui cotidiană sau desprinse din basme, piese de teatru sau filme pentru copii.

Trebuie să se aibă în vedere faptul că aceste etape nu au o structură rigidă, imuabilă. Se recomandă ca să se revină periodic asupra materialului verbal deja învățat, deoarece dificultățile de engramare și fixare mnezică sunt semnificative (*ibid.*, pp. 82-86).

12. 6. AFAZIA: DEFINIȚIE, SIMPTOMATOLOGIE, CLASIFICARE

Afazia reprezintă „tulburarea funcției de elaborare și de integrare nervoasă superioară a limbajului (a recepției, comprehensiunii, formulării și expresiei simbolurilor verbale)” (L. Popoviciu și C. Arseni, 1992, p. 36).

Se caracterizează prin pierderea schemelor mnezice ale semnelor lingvistice (în formele senzoriale), respectiv a capacității de a le utiliza fono-articulator sau grafic (în formele motorii). Forma motorie a fost întâia oară studiată de către Paul Broca (1861), în vreme Carl Wernicke (1874) a descris forma senzorială. Au fost oferite diverse explicații cu privire la etiologia afaziilor (teorii localizaționiste, echipotențialiste, psihologizante, neurolingvistice), dar nici una nu a reușit să fie completă. Cele mai frecvente afazii apar în urma accidentelor vasculare cerebrale, dar sunt incriminați și factori infecțioși și toxici, tumori ale lobului temporal și ale regiunii parieto-temporo-occipitale stângi, diverse traumatisme cerebrale⁷⁻⁸. În atrofiile corticale din demențele presenile afazia debutează, de obicei, printr-o fază amnestică, asociindu-se ulterior cu alte tulburări de tip afazic.

Simptomatologia este diferită, în funcție de tipul de afazie, de etiologia acesteia și de vârsta la care a apărut. Astfel (*apud* L. Popoviciu și C. Arseni, *op. cit.*, pp. 36-45) se disting:

A. *Simptome specifice afaziei senzoriale* (receptive sau de comprehensiune)

- În *surditatea verbală* întâlnim tulburări de diferite grade ale înțelegerii vorbirii (în cazurile grave pacienții fiind incapabili să descifreze și cele mai simple cuvinte sau să execute comenzile cele mai ușoare), perseverări acționale (repetiții stereotipe ale unei activități cerute inițial de examinator, indiferent de comenzile ulterioare), parafazie (literală, silabică, verbală)⁹, jargonofazie¹⁰, ecolalie. Vorbirea spontană este, de regulă, mai bine păstrată, pacienții cu afazie senzorială vorbind mult, dar incorect, denaturând și contorsionând

⁷ Ramolismenul sylvian superficial posterior produce afazie de tip Wernicke; marele ramolismen sylvian profund stâng este răspunzător de afazie mixtă, asociată unei hemiplegii; ramolismenul în teritoriul ramurilor anterioare ale arterei sylviene determină afazie de tip Broca; hematomul intraparenchimatous conduce la tulburări de vorbire, însoțite frecvent de stereotipii (L. Popoviciu și C. Arseni, *op. cit.*, p. 45).

⁸ Cauzele infecțioase mai des întâlnite sunt meningita cerebrospinală, encefalitele, neuroluesul, abcesele cerebrale; cele toxice se referă la acțiunea nocivă a unor substanțe precum monoxidul de carbon, opiul, beladona. În afecțiunile tumorale, afazia debutează de regulă insidios (în cadrul unui tablou somatic și neurologic complex) și evoluează lent, dar progresiv (*ibid.*). Lezarea sau distrugerea traumatică a centrului motor al vorbirii sau a celor implicați în înțelegerea vorbirii ori în grafo-lexie constituie o altă cauză a apariției manifestărilor de tip afazic.

⁹ Caracterizată prin înlocuirea, inversarea sau omisiunea fonemelor, silabelor, respectiv a cuvintelor în vorbire (*ibid.*, p. 38).

¹⁰ Aceasta fiind o „tulburare mai gravă, care constă în construirea de cuvinte fără nici un înțeles, fără nici un corespondent lingvistic, fără nici o valoare practică” (*ibid.*, p. 39).

silabele și cuvintele. Destul de frecvent se observă logoree, asociată cu parafazie și jargonofazie. Vorbirea repetată (după cea a examinatorului) este profund tulburată, pacienții fiind incapabili să scrie un text dictat (afectarea funcției simbolice).

- În *cecitatea verbală (alexia)*¹¹ constatăm incapacitatea pacienților de a înțelege semnificația cuvintelor scrise. În unele cazuri, ei pot recunoaște literele dar nu le pot asambla în silabe (asilabie) sau pot citi literele și silabele, dar nu și cuvintele (alexie verbală). În cazurile grave, este profund alterată capacitatea de identificare a simbolurilor grafice (alexia literală). Scrisul este afectat. „Chiar dacă bolnavul reușește să copieze un text, îl va copia ca pe un desen. La fel, individul respectiv nu este capabil să transcrie în litere cursive un text tipărit: el va face o copie servilă” (*ibid.*, p. 40).

- În *afazia de tip Wernicke*, cele două sindroame prezentate mai sus coexistă, asociindu-se cu tulburări ale activității psihice superioare (lacune culturale și profesionale, disfuncții mnezice, acalculie, deficiențe în operarea mintală).

B. Simptome specifice afaziei motorii

- În *afemie* (afazia motorie propriu-zisă), vorbirea devine practic imposibilă¹². Pacienții fac eforturi mari de a se exprima iar nereușita duce la insatisfacție, irascibilitate și depresie. În formele mai ușoare, articularea unor cuvinte sau fraze mai simple este totuși posibilă, perifrizele substituind cuvintele mai dificile. Deseori, mimica și gestică se conservă, dobândind rol important în comunicarea paralingvistică. Verbalizarea automată (în recitare, cântat¹³, enumerare, numerație) este mai bine păstrată. Se observă tulburări artrice (ce ajung până la „dezintegrare fonetică”¹⁴), disprozodii, stereotipii verbale (constituite din foneme, cuvinte sau fragmente de propoziție), agramatisme, parafazii și jargonofazii, dissintaxii (erori de sintaxă), perseverări și intoxicații verbale, chiar anosognozie (asociată cu logoree și agitație psihomotorie).

¹¹ Care este „o tulburare în funcțiunea analizatorului verbo-optic și este determinată de lezarea centrului ‘imaginilor’ vizuale ale vorbirii, localizat în plica curbă și plica supramarginală (ariile 40 și 39 din emisfera stângă). Acest centru, împreună cu cel al ‘imaginilor’ auditive din ariile 22 și 21 constituie regiunea Wernicke, a cărei lezare produce afazia senzorială Wernicke (surditate plus cecitate verbală)” (*ibid.*).

¹² Fenomen datorat unor „leziuni ale centrului ‘imaginilor’ vorbirii articulate localizat în piciorul circumvoluției frontale a treia din stânga (centrul Broca), cu rol în elaborarea mișcărilor mușchilor fonatori” (*ibid.*, p. 41).

¹³ La cei cu afazie motorie, intonarea de către terapeut a unor cuvinte dintr-un cântec familiar pacientului declanșează la acesta din urmă, prin mecanisme reflex-condiționate de succesiune, pronunțarea unor silabe ori chiar a unor cuvinte întregi din versul următor (B. Luban-Plozza și B. Iamandescu, 1997).

¹⁴ Tulburări anartrice și fonetice reunite de către Th. Alajouanine și colab. sub titulatura de „sindrom de dezintegrare fonetică”, apraxia buco-facială având rol determinant în producerea lor (*ibid.*, p. 42).

• În *agrafie*, scrisul devine imposibil¹⁵. Este dificil de evidențiat la pacienții hemiplegici, deoarece afaziile la dreptaci sunt însoțite și de paralizia membrului superior contro-lateral. De regulă, aceștia nu pot să scrie nici în mod spontan, și nici după dictare sau după model tipărit, chiar dacă li se cere să folosească mâna stângă. Atunci când totuși reușesc, se observă para-grafie, jargonagrafie, fenomene perseverative.

În afazia *mixtă de tip Broca* (sau *totală*) se întâlnesc atât simptome specifice formei senzoriale, cât și celei motorii, proporția dintre ele depinzând de predominanța uneia sau celeilalte forme. „Amplourea acestor tulburări din afazie este dependentă și de caracteristicile personalității subiectului înaintea apariției afaziei, de instrucția sa, de cultura ce o posedă, de vârstă etc. Și eficiența recuperării se raportează la aceste caracteristici” (E. Verza, 1998, p. 93).

Clasificarea afaziilor este destul de complicată, aceasta datorându-se multiplelor variante ale celor două forme pure, deja citate: senzorială și motorie¹⁶. În clinică se vorbește despre *afazie datorată unor leziuni ale emisferei stângi* (afazia nonfluentă predominant expresivă, afazia fluentă predominant receptivă, afazia amnestică, afazia transcorticală, afazia mixtă), precum și despre *afazie încrucișată la bolnavii dreptaci* (afazie ce afectează emisfera cerebrală dreaptă¹⁷).

¹⁵ „Se datorează unor leziuni la nivelul centrului ‘imaginilor’ grafice ale vorbirii, localizat în piciorul circumvoluției frontale a doua din emisfera stângă” (*ibid.*, p. 43).

¹⁶ Cităm și alte forme clinice: afazia *amnestică* (ce constă în imposibilitatea evocării anumitor cuvinte, substantive mai ales, pacientul recurgând la multe perifraze și gesturi explicative; înțelegerea limbajului și capacitatea fono-articulatorie se mențin, creându-se impresia de neatenție sau uitare), *acalculia* (pacientul recunoaște cifrele și le poate scrie după dictare, dar nu este capabil să facă operații matematice), *amuzia* (manifestată prin alterarea particulară a înțelegerii sunetelor muzicale. Centrul perceperii acestora se află localizat în prima circumvoluție temporală a emisferei stângi, aria 38, iar cel al lexiei notelor și simbolurilor muzicale – în vecinătatea plicii curbe. Amuzia are atât o formă senzorială – cu surditate muzicală, respectiv alexie muzicală –, cât și una motorie – imposibilitatea de a cânta sau scrie o piesă muzicală, deși anterior pacientul știa să facă asta). Afaziile *agnozice* includ forma *optică* (atunci când pacientul nu poate identifica un obiect pe care îl privește, dar reușește acest lucru atunci când îl pipăie), respectiv pe cea *alexică* (confuzii ale configurațiilor grafemelor, lectură analitică – facilitată de urmărirea contururilor literelor cu vârful degetelor și cu privirea –, scris spontan normal dar copiere imposibilă, înțelegere fonematică și pronunție normală) (*ibid.*, pp. 44-45).

¹⁷ „Până în momentul de față, se acceptă în mod clasic că limbajul, ca o funcție elaborată a scoarței cerebrale, este legat de emisferul dominant la om, iar datele clinice, ca niște constatări reale, coroborate cu investigațiile paraclinice, ce topografiază focarul organic la nivel cortical, vin să deschidă ipoteze noi privind tulburarea de limbaj de tip afazic, și anume acceptarea posibilității unei afazii încrucișate la bolnavii dreptaci, adică realizarea unui tablou clinic de hemipareză sau hemiplegie stângă predominant facio-brahială sau crurală, însoțită de afazie pasageră sau persistentă, prin lezarea emisferului nedominant” (Șt. Kory Calomfirescu, 1989, p. 90).

Școala germană distinge următoarele varietăți taxonomice (*apud* E. Verza în Ursula Șchiopu, 1997, p. 53):

- afazia *motorie* sau *subcorticală*: vorbirea este imposibilă, deși înțelegerea și limbajul interior sunt păstrate;
- afazia *motorie totală* sau *corticală* (de tip Broca): vorbirea și scrisul sunt imposibile, dar se menține înțelegerea celor auzite sau citite;
- afazia *transcorticală motorie*: vorbirea repetată și înțelegerea sunt păstrate, dar vorbirea spontană este imposibilă;
- afazia *senzorială pură* sau *subcorticală*: sunetele sunt recunoscute în mod corect iar scris-cititul se desfășoară aproape normal, deși lipsește capacitatea de recunoaștere și înțelegere a cuvintelor;
- afazia *senzorială totală* (de tip Wernicke): se conservă vorbirea spontană, cu exagerări logoreice, dar se constată alexie și agrafie, precum și tulburări ale înțelegerii;
- afazia *senzorială transcorticală*: vorbirea repetată se păstrează, dar cea spontană nu, asociindu-se tulburări ale înțelegerii, precum și dificultăți de tip disgrafic în scrierea spontană;
- afazia *totală*: ambele laturi ale limbajului sunt afectate, constatându-se și deficit intelectual grav;
- afazia *de conducere*: se conservă vorbirea spontană și înțelegerea, dar apar tulburări ale denumirii obiectelor și repetării cuvintelor.

12. 7. INTERVENȚII TERAPEUTICE ÎN AFAZIE

Înainte de a aborda metodele specifice de intervenție în afazie, menționăm că există și posibilitatea recuperării spontane a tulburării, o dată cu reducerea și dispariția factorilor cauzali. De exemplu, remanierea hematomului produs de un accident vascular cerebral este urmată de restabilirea parțială sau totală a vorbirii, precum și de îmbunătățirea sau refacerea deprinderilor psihomotorii (implicate și în scris) ale mâinii drepte. La aceasta se adaugă și marea capacitate de compensare corticală, unele funcții putând fi preluate sau suplinite de către alte arii. După Șt. Kory Calomfirescu (*op. cit.*, p. 221), recuperarea spontană „intervine atât de frecvent, încât mulți medici neurologi consideră că ameliorarea obținută prin terapie este în fond doar o anticipare a recuperării spontane, susținând că unicul beneficiu al bolnavului, de pe urma asistenței psihologice, este cel psihoterapeutic”.

Terapia afaziilor nu poate fi eficientă decât printr-o intervenție complementară a logopedului și a medicului neurolog, cu condiția respectării următoarelor principii¹⁸.

¹⁸ I. Voinescu, N. Gheorghită (1978). *Metodologia recuperării vorbirii la afazici*. București: Academia de Științe Medicale – Buletinul oficial.

- *Stimularea*

Pacientului cu afazie senzorială i se cere să înțeleagă fraze rostite de către terapeut în mod repetat, conținutul lor semantic fiind precizat cu ajutorul mimicii, imaginilor și gesturilor evocatoare. Sprijinul paralingvistic este redus progresiv, pe măsură ce subiectul avansează în procesul de decodificare fonematică. Dacă lexia se conservă, atunci cuvântului rostit i se va asocia forma grafică corespunzătoare. În afaziile motorii se pornește de la cuvinte sau sintagme cu structură simplă, progresându-se către altele din ce în ce mai complexe și mai dificile.

- *Facilitarea*

În cazurile foarte grave, se recurge la repetarea concomitentă și apoi succesivă (a primei silabe sau a întregului cuvânt, prin includerea cuvântului într-o sintagmă sau propoziție elementară, cu ajutor lexic, prin folosirea „citirii” imaginilor în suită sau prin trasarea unor linii sintagmatice care pot fi urmărite spațial). Sprijinul se reduce pe măsură ce simptomele afaziei încep să se diminueze.

- *Motivarea*

Materialul verbal utilizat este selectat din aria de interes (personal, social, profesional) a pacientului. Consilierea și psihoterapia servesc atât la o mai bună cunoaștere a deficienței, cât și la formarea unei atitudini optimiste față de recuperare.

- *Fixarea*

Se obține recurgând la diverse procedee de automatizare a deprinderilor verbale, precum recompunerea unor cuvinte din litere izolate (folosind alfabetarul mobil) și a sintagmelor și propozițiilor din cuvinte (utilizând cartonașe concepute în acest scop). De asemenea, mai sunt utile tehnicile de dezvoltare a auzului fonematic, de exersare a regulilor gramaticale, de lexie și grafie. În apraxiile buco-linguale sau facio-buco-linguale asociate se recomandă și exerciții de gimnastică locală. I. Voinescu (*apud* Șt. Kory Calomfirescu, *op. cit.*, p. 224) considera că tehnicile fonetice și fonologice de tip logopedic sunt contraindicate în afazie, acestea trebuind folosite cât mai puțin posibil.

Intervenția logopedică trebuie să înceapă imediat după ameliorarea patologiei medicale. Durata terapiei depinde atât de momentul debutului acesteia, cât și de gravitatea și evoluția maladiei răspunzătoare de afazie¹⁹.

¹⁹ „În general, tratamentul logopedic durează câteva luni, cu pauză, și uneori se reia pe o perioadă și mai lungă, în funcție de gravitatea afaziei și de potențialul biologic al bolnavului, ca și de șansele sale apreciate din punct de vedere recuperator, așa încât uneori acest tratament logopedic necesită chiar ani de zile. Sunt cazuri când, în câteva săptămâni, prin intervenția recuperatorului logopedic se poate corecta câte o formă sau alta de afazie. Se recomandă, în general, tratamentul recuperator logopedic intensiv, de la una la patru ore zilnic” (Șt. Kory Calomfirescu, *op. cit.*, p. 225).

S-a constatat că problemele legate de comprehensiune sunt mai ușor de rezolvat decât cele manifestate în exprimare. S-au dovedit utile și aplicațiile hipnopediei în faza de somn superficial, pentru reabilitarea tulburărilor de limbaj la pacienții care au suferit accidente vasculare cerebrale²⁰.

După I. Voinescu, limitele recuperării în afazie sunt determinate de:

- vârsta înaintată a pacientului,
- episoadele patologice repetate,
- bolile asociate (cardiovasculare sau neurologice),
- tipul de afazie,
- conduita terapeutică deficitară.

12. 8. DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎN ALALIE ȘI AFAZIE

Confuzia dintre alalie și afazie poate fi evitată dacă, așa cum s-a mai menționat pe parcursul acestui capitol, se ține cont de anamneză și de etiologie. Astfel, dacă în afazie constatăm o simptomatologie neurologică pronunțată, aceasta lipsește în alalie. În alalie vorbim despre o nede dezvoltare a limbajului, în timp ce în afazie se manifestă un „sindrom de dezintegrare fonetică” (Th. Alajouanine *et al.*).

În ceea ce privește alalia, diagnosticul diferențial trebuie făcut în raport cu:

- dizartria (specifică infirmității motorii cu origine cerebrală și caracterizată prin deficiențe psihomotorii, constanță și durabilitate a defectelor de articulație din cauza afectării corticale și subcorticale, decalaj între cele două laturi ale limbajului²¹);
- mutismul electiv (selectiv, voluntar, temporar și reversibil, fără deficit intelectual);
- autismul (caracterizat prin indiferență sau repulsie față de comunicare și interacțiune, stereotipii, vorbire ecolalică sau impersonală, bizarerii comportamentale);
- deficiențele de auz (tulburări globale ale percepției auditive, nu doar ale componentei verbale);
- retardul de limbaj (datorat unor neglijențe educative sau mediului fizic și social nestimulativ, fiind ușor reversibil în condițiile unei intervenții psihopedagogice sistematice) (*apud* I. Mușu *et al.*, 1997, pp. 76-77).

²⁰ Șt. Kory Calomfirescu, M. Guțiu (1976). Aplicațiile hipnopediei în reabilitarea limbajului la afazici. *Clujul medical*, 1, 37-40.

²¹ E. Verza (2003, p. 160) remarcă „decalajul dintre vorbirea expresivă, ce este profund afectată, și vorbirea impresivă, care se conservă mai bine și care permite înțelegerea, relativ bună, a comunicării verbale”. Lucrurile se complică atunci când trebuie să ne raportăm la diverse forme de dizartrie (corticală, subcorticală, cerebeloasă, bulbară, pseudobulbară).

În afazie, diagnosticul diferențial se stabilește prin referire la:

- dizartrie (formele grave pot fi confundate cu o afazie de tip Broca²²);
- mutismul isteric (care are, de regulă, un debut brusc și se asociază cu alte simptome de tip psihopatologic);
- deficiențele de auz (cu etiologie complet diferită);
- tulburări de limbaj întâlnite în diverse afecțiuni psihice (ecolalia, jargonofazia, parafazia, embolalia²³, onomatomania²⁴, agramatismul, stilul telegrafic, stilul eliptic).

Necesitatea unui examen psihologic și logopedic atent se manifestă în toate tulburările de limbaj, tipurile și formele acestora fiind departe de comoditatea unei taxonomii cu scop didactic. Doar diagnosticul diferențial permite formularea unor concluzii cu un grad mare de certitudine, conducând la implementarea unor programe de intervenție personalizate eficace.

²² „În paralizia pseudobulbară sau bulbară se poate distinge totuși o încercare de voce șoptită din partea bolnavului. În sindromul pseudobulbar, cât și în cel bulbar, există o tulburare de mobilitate a mușchilor fonatori, asociată cu semnele caracteristice ale acestor două sindroame, cu totul diferite” (Șt. Kory Calomfirescu, *op. cit.*, p. 192).

²³ „Tulburare psihică, manifestată prin umplerea golurilor dintre cuvintele unor propoziții sau fraze prin adăugarea unor sunete străine de sensul general al discursului, ceea ce îi conferă acestuia un aspect bizar și lipsit de coeziune. [...] Tulburarea este întâlnită în schizofrenie, demențe, oligofrenie” (C. Gorgos, 1988, *s.v.*).

²⁴ „Fenomen psihic caracterizat prin impulsivitatea, deosebit de intensă și cu răsunet penibil în planul conștiinței, constând în apariția în discursul mintal sau verbal al subiectului a unor cuvinte sau grupuri de cuvinte. Subiectul se simte asaltat de ele, încearcă să le îndepărteze fără rezultat, ceea ce îi determină o stare de anxietate intensă. Critica asupra caracterului patologic al fenomenului este păstrată. Mai rar, este descrisă obsesia de a nu uita un anumit cuvânt sau nume propriu; alteori, obsesia capătă un caracter impulsiv, subiectul simțind pulsivitatea de a pronunța anumite cuvinte (de obicei vulgare), care nu îi caracterizează vocabularul și față de care are o atitudine de rejecție” (C. Gorgos, 1989, *s.v.*).

SOCIETATE ȘI HANDICAP

13. 1. ATTUDINI TIPICE FAȚĂ DE PERSOANELE CU HANDICAP

Conform datelor Autorității Naționale pentru Protecția Persoanelor cu Handicap, la sfârșitul anului 2003 erau înregistrate aproape 415.000 de persoane cu handicap, reprezentând circa 2% din populația României. Dacă ținem cont și de procentul estimat al celor care nu beneficiază de vreo formă de protecție specială (nefiind cuprinse, prin urmare, în evidențele oficiale), putem conchide că sunt în jur de 600.000 de persoane cu dizabilități, dintre care jumătate cu deficiență mintală. Lipsa unor date statistice certe ne împiedică să facem comparații cu situația existentă în alte țări europene. Lucrurile se complică și mai mult atunci când trebuie să ne referim la ponderea elevilor cu handicap din sistemul de învățământ. În 1993, 1,4% din populația școlară era reprezentat de copiii din învățământul special. Zece ani mai târziu, acest procent a început să se reducă¹, însă dinamica acestui proces este extrem de complexă iar o simplă comparație de cifre și procente este total nesatisfăcătoare. În opinia noastră trebuie îndeplinite următoarele condiții minimale înainte de a putea opera cu cifre și procente în deplină siguranță:

- verificarea concordanței dintre numărul copiilor declarați ca fiind integrați și prezența efectivă a acestora în școala de masă;
- verificarea concordanței dintre numărul copiilor înscriși în învățământul special și numărul celor care frecventează regulat școala specială;
- reevaluarea deciziilor de orientare către învățământul special și eliminarea cazurilor sociale;
- luarea în considerare a tuturor copiilor cu handicap care, dintr-un motiv sau altul, nu sunt cuprinși nici în structurile învățământului special, nici în cele ale învățământului de masă (copii cu abandon școlar, copii aflați în îngrijirea unor fundații, copii care nu au fost școlarizați niciodată fiind imobilizați la domiciliu etc.).

¹ Conform datelor Ministerului Educației și Cercetării (publicate în „Analiza de situație privind acțiunea de integrare a copiilor cu deficiențe. Raport național”, sub egida MEC, Reprezentanței UNICEF în România, ANPCA și Asociației RENINCO România), în anul școlar 200/2002 mai erau cuprinși în învățământul special 32.185 de elevi, în timp ce 18.158 fuseseră deja integrați în învățământul de masă. În anul școlar 2003/2004, elevii rămași în structurile învățământului special ajunseseră la cota de 27.299, pe când cei declarați integrați nu erau mai mulți de 11.493 (nu avem explicații pentru „pierderile din sistem”).

X Ponderea foarte redusă a persoanelor cu dizabilități raportată la populația generală a României coroborată cu proporția masivă a persoanelor cu handicap social (copii și oameni ai străzii, șomeri, bătrâni cu pensii foarte mici, familii cu mulți copii etc.) determină frecvent o asimilare a celor dintâi categoriei indivizilor cu dificultăți socio-economice. Nu este mai puțin adevărat că ne confruntăm cu destule situații în care complexitatea și gravitatea dizabilităților generatoare de handicap ridică mari probleme în ceea ce privește acoperirea costurilor tratamentelor sau protezelor, terapiilor speciale ori ale angajării unor însoțitori sau infirmiere. A considera însă că principalele dificultăți ale persoanelor cu dizabilități sunt de ordin financiar și că o îmbunătățire a situației lor economice s-ar repercuta pozitiv asupra handicapului ca atare nu înseamnă decât a simplifica în mod impardonabil trebuințele acestora. Pe de altă parte remarcăm cu regret că majoritatea demersurilor organizațiilor persoanelor cu handicap se axează pe revendicarea unor drepturi materiale, neglijând promovarea acelor schimbări de mentalitate care, într-o perspectivă mai îndepărtată, ar permite depășirea statutului de „asistat social” atribuit membrilor lor.

* Statutul persoanelor cu handicap „decurge din atitudinea societății față de deficiență și deficienți, deoarece ea este cea care construiește o anumită imagine socială a omului, care este investită cu valoare deplină în societate” (C. Enăchescu, 1996b, p. 188). *

Atitudinea societății nu este atât de nediferențiată cum ar putea părea la nivelul opiniei comune, însă, din motive ce țin de economia conceptuală, ne vom rezuma numai la două categorii de persoane: specialiștii implicați în diagnoza și terapia dizabilităților și, respectiv, oamenii care se confruntă incidental cu problematica stării de handicap.

În primul caz, determinantă este situarea paradigmatică a profesionistului respectiv (medic, terapeut, educator, asistent social), ceea ce are drept consecință asumarea unui set de reprezentări sociale și atitudini profesionale date, dar și construirea unui sistem personal de convingeri și credințe ce îi influențează decisiv orice demers. D. Skidmore (1996) identifica în mod corect trei paradigme care s-au remarcat în Europa începând cu anii '50: paradigma psiho-medicală, cea sociologică și cea organizațională. Asemănător, în Statele Unite abia către anii '50 și '60 s-a pus în mod serios problema renunțării la instituțiile segregate de dimensiuni mari și conversia către structuri mai reduse, centrate pe comunitate (*smaller more community focused settings*). Treptat ONG-urile, create de către grupuri de părinți ai copiilor cu dizabilități sau de specialiști, s-au înmulțit și diversificat, devenind actualmente parteneri indispensabili în conceperea și implementarea strategiilor de educare și recuperare a persoanelor cu nevoi speciale. Tendința ultimei decade este aceea de a implica persoanele cu dizabilități atât în precizarea trebuințelor lor specifice, cât și în elaborarea, implementarea și gestionarea planurilor de servicii personalizate. S-a trecut treptat de la un sistem condus de personalul medical, la cel supervizat de o echipă de specialiști și, în fine, la cel dirijat de

Însăși persoana cu dizabilități în cauză (W. E. Kiernan, 1997)². Așa cum am văzut în primul capitol, perimarea conceptuală accentuată din domeniul defectologiei dovedește în modul cel mai limpede schimbarea paradigmatică și faptul că aceasta, treptat, antrenează și o schimbare de mentalitate la nivelul global al societății.

În cazul al doilea, atitudinile (latente sau manifeste) ale populației obișnuite derivă din trei surse primare: lipsa de informație corectă și completă privind particularitățile, capacitățile și trebuințele persoanelor cu handicap, contactul insuficient și distorsionat cu această categorie de cetățeni și interiorizarea grosieră a valorilor creștin-ortodoxe. Atitudinea dominantă pare a fi aceea a unui dezinteres amabil atenuat din când în când (de obicei cu ocazia sărbătorilor) de gesturi samaritene lipsite de o adresabilitate directă (e.g. donarea unei sume de bani pentru achiziționarea de alimente și cadouri pentru copiii din centrele de plasament sau bătrânii din centrele de îngrijire și asistență). O atitudine deosebită o constituie mobilizarea afectivă datorată mediatizării unor cazuri dramatice prin intermediul televiziunii. Imaginile directe și comentariile cu mare încărcătură sentimentală ale reporterilor reușesc să creeze un val de simpatie pentru persoana aflată în dificultate, concretizat prin donații de bani și obiecte. De asemenea, cerșetoria practică de către persoane cu handicapuri vizibile (de obicei fizice și locomotorii) este mult mai profitabilă decât în cazul celor cu handicapuri discrete. Aproape întotdeauna acțele caritabile se limitează la ajutorarea materială (mai mult sau mai puțin personalizată), persistând opinia că menținerea segregării (educaționale, profesionale și sociale) este firească și chiar benefică. Întrebat dacă ar fi de acord cu deschiderea mai mare a societății către nevoile persoanelor cu handicap, cetățeanul obișnuit tinde să consimtă, deoarece consideră aceasta ca fiind o problemă de principiu care nu-l solicită în mod direct; dacă însă la locul său de muncă sau la școala unde învață copiii săi ar apărea persoane cu handicap ce ar pretinde tratament egal, atunci opinia sa s-ar putea modifica chiar cu 180°. De aceea nu trebuie să luăm în considerare prea mult sondajele de opinie care se referă la situații ipotetice în care se activează mai degrabă ierarhiile valorice formale decât cele proprii individului, de care poate nici el nu este pe deplin conștient³.

Modificarea atitudinilor în sensul unei apropieri reale de problematica psihosocială a persoanelor cu handicap nu se poate face înaintea și în lipsa regenerării *spiritului civic* al românilor. Fără a dori să devenim polemici, suntem de părere că cincizeci de ani de comunism urmați de încă zece de capitalism

² Pentru mai multe informații, v. V. Bradley și J. Knoll (1990). *Shifting Paradigm in Services to People with Developmental Disabilities*. Cambridge, MA: Human Services Research Institute și K. Ramsing, L. Rhodes, D. Sandow și D. Mank (1992). *A Paradigm Shift: Quality Responsibilities in Human Management*. Eugene, OR: University of Oregon.

³ *Mutatis mutandis*, seamănă cu următoarea întrebare dintr-un chestionar: „Dacă ai fi pe puntea Titanicului, ai salva mai întâi femeile și copiii?”

sălbatic au redus spiritul civic al societății noastre la un nivel critic. Emergența individualismului egoist combinată cu confuzia pernicioasă de la nivelul instituțiilor cu responsabilități în domeniu nu lasă vreo speranță că acea necesară schimbare de mentalitate se va produce prea curând. Pe de altă parte, trebuie luat în considerare și faptul că o astfel de evoluție nu are caracter dramatic; fiind prea implicați profesional și social, ne vine foarte greu să sesizăm prefacerile de conținut ce au avut și au loc. De aceea, adoptarea unei poziții moderat-optimiste pare a fi atitudinea cea mai potrivită în acest moment.

13. 2. „EGALITATE A ȘANSELOR” ȘI „CALITATE A VIEȚII”: CONCEPTE-CHEIE ALE AMELIORĂRII STĂRILOR DE HANDICAP. PRINCIPII ȘI OBIECTIVE ALE BUNELOR PRACTICI

Dacă prin *discriminare socială* înțelegem o atitudine repulsivă față de o persoană sau un grup de persoane bazată pe opinii ce nu iau în considerare abilitățile sau inabilitățile demonstrate ale acestora ci supoziții întemeiate pe analogii cu caracteristici ale unor grupuri de apartenență presupuse⁴, atunci eliminarea atitudinilor și comportamentelor discriminatorii la adresa persoanelor cu dizabilități devine posibilă numai în condițiile respectării a două concepte fundamentale: asigurarea *egalității de șanse*, respectiv a *calității vieții*. Legea de revizuire a Constituției României⁵ prevede că articolul 46 se va intitula „Protecția persoanelor cu handicap” și va avea următorul conținut: „Persoanele cu handicap se bucură de protecție specială. Statul asigură realizarea unei politici naționale de egalitate a șanselor, de prevenire și de tratament ale handicapului, în vederea participării efective a persoanelor cu handicap în viața comunității, respectând drepturile și îndatoririle ce revin părinților și tutorilor”. Pentru a vedea cum acest deziderat poate fi atins, trebuie să analizăm cele două concepte enunțate.

Prin *egalizare a șanselor* se înțelege acel „proces prin care diversele sisteme ale societății și mediului, cum ar fi serviciile, activitățile, informațiile și documentarea, sunt puse la dispoziția tuturor, în particular a persoanelor cu handicap” (ONU, 1993, p. 10).

În consecință, „principiul drepturilor egale implică faptul că necesitățile fiecărui individ precum și ale tuturor indivizilor sunt de importanță egală, că aceste necesități trebuie să stea la baza planurilor făcute de societate, și că toate resursele trebuie folosite într-un asemenea mod încât fiecare individ să aibă șanse egale de participare” (*ibid.*).

⁴ Cf. *discriminare*: „tratament, judecată sau distincție în favoarea sau defavoarea unei persoane, bazată mai degrabă pe asimilarea acesteia cu grupul, clasa sau categoria din care face parte decât pe luarea în considerare a meritului individual” (1994. *Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*. New York și Avenel, NJ: Gramercy Books, p. 411)

⁵ Adoptată de Camera Deputaților și Senat în ședința comună din 18 septembrie 2003.

Nu se omite nici faptul că drepturi egale atrag după sine și obligații egale. „Atunci când drepturile acestor persoane vor fi obținute, societățile vor avea pretenții sporite din partea persoanelor cu handicap. Ca parte integrantă a procesului de egalizare a șanselor, trebuie prevăzută ajutorarea persoanelor cu handicap pentru ca acestea să-și poată asuma deplina responsabilitate ca membri ai societății” (*ibid.*, p. 11).

Așa cum putem constata, egalizarea șanselor nu se rezumă la un simplu articol de lege sau recomandare cu caracter general. Ea este mai întâi un proces înainte de a deveni o stare de fapt. Mai mult chiar, va trebui să rămână un proces, deoarece condițiile, relațiile și structurile sociale sunt într-o permanentă evoluție, ceea ce reclamă o ajustare permanentă a elementelor concrete ce definesc egalitatea șanselor pentru o anumită persoană și comunitate la un moment de timp considerat. Înțelegerea dinamică a conceptului de egalizare a șanselor reprezintă o condiție *sine qua non* a operaționalizării conceptelor conexe de „integrare”, „incluziune” și „normalizare” pe care le vom discuta puțin mai târziu. Deocamdată vom mai adăuga observația că „discriminarea pozitivă” poate constitui, în faza incipientă, o soluție eficientă în demararea procesului de egalizare a șanselor. Totuși, suntem de părere că menținerea favorizării artificiale a persoanelor cu handicap nu va face, pe termen lung, decât să le inducă acestora un fals sentiment de protecție concomitent cu accentuarea resentimentelor acelei părți a populației care se va considera astfel dezavantajată în ceea ce privește accesul la muncă salarizată sau la asistență socială.

Regulile Standard privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Handicap (adoptate de Adunarea Generală a ONU cu ocazia celei de a 48-a sesiuni din 20 decembrie 1993 prin Rezoluția 48/96) au fost dezvoltate pe baza experienței dobândite în timpul Decadei Națiunilor Unite pentru Persoanele cu Handicap (1983-1992), iar Programul Mondial de Acțiune în favoarea Persoanelor cu Handicap și mai multe alte convenții internaționale (Convenția Internațională a Drepturilor Omului, Convenția privind Drepturile Copilului etc.) au oferit temeiurile politice și morale ce au justificat formulările acceptate. „Cu toate că Regulile nu sunt obligatorii, ele vor putea deveni norme internaționale obișnuite atunci când ele vor fi aplicate de un număr mare de state, cu intenția de a fi respectate ca reguli de drept internațional. Ele implică un puternic angajament moral și politic din partea statelor, de a acționa pentru egalizarea șanselor persoanelor cu handicap. Ele cuprind principii de responsabilitate, acțiune și cooperare, zonele de o importanță decisivă pentru calitatea vieții, precum și realizarea unei participări depline și egalitare. Regulile oferă un instrument pentru stabilirea politicilor și acțiunilor în favoarea persoanelor cu handicap și a organizațiilor acestora. Ele oferă o bază pentru cooperarea tehnică și economică între state, ONU și alte organizații internaționale” (*ibid.*, pp. 5-6).

Acestea sunt următoarele:

Regula 1. *Creșterea gradului de conștientizare* a societății în legătură cu drepturile, trebuințele, potențialul și contribuția persoanelor cu handicap. Se prevede, printre altele, ca statele semnatare să dispună ca autoritățile competente să distribuie informații actualizate cu privire la programele și serviciile disponibile pentru persoanele cu handicap, familiile acestora, profesioniștii din domeniu, precum și pentru oricare alt cetățean. Informațiile destinate persoanelor cu handicap trebuie prezentate într-o formă accesibilă. De asemenea, această regulă trebuie să devină parte constitutivă a strategiilor de educare și recuperare a copiilor cu handicap, dar și a cursurilor de perfecționare/specializare a cadrelor didactice și a profesioniștilor din domeniu.

Regula 2. *Acordarea de îngrijire medicală* efectivă persoanelor cu handicap. În acest sens, este necesară constituirea unor echipe multidisciplinare orientate către depistarea precoce, evaluarea și terapia deficiențelor generate de handicap. Statele trebuie să se preocupe de furnizarea aceluiași nivel de asistență medicală ca în cazul cetățenilor obișnuiți, în cadrul aceluiași sistem medical (cu accent pe trebuințele sugarilor și copiilor). În plus, se cere ca personalul medical, paramedical și cel din specialitățile conexe să fie pregătit corespunzător, astfel încât să nu acorde îngrijiri inadecvate persoanelor cu handicap sau sfaturi eronate aparținătorilor acestora.

Regula 3. *Reabilitarea.* Se definește ca fiind acel proces destinat creării posibilității persoanelor cu handicap de a ajunge la nivelurile funcționale fizice, senzoriale, intelectuale, mintale și/sau sociale optime și de a și le menține, prin oferirea instrumentelor cu ajutorul cărora acestea își pot schimba viața în direcția obținerii unui grad mai mare de autonomie (*ibid.*, p. 10). Trebuie furnizate servicii de reabilitare (reeducare, recuperare) care să cuprindă o paletă largă de activități vizând formarea aptitudinilor de bază în vederea ameliorării sau compensării unei funcții afectate, consilierea persoanelor cu handicap și a familiilor acestora, întărirea încrederii în propriile capacități și elaborarea unei imagini de sine pozitive. Persoanele cu handicap și aparținătorii acestora trebuie implicate în proiectarea și implementarea serviciilor de reabilitare care îi vizează în mod direct. O altă condiție este aceea ca, ori de câte ori este posibil, aceste servicii să fie accesibile în comunitate, adică în zona de rezidență a persoanelor cu handicap. În anumite situații însă, ele pot fi organizate și în instituții de tip rezidențial, pe perioade limitate de timp.

Regula 4. Statele trebuie să asigure înființarea și dezvoltarea unor servicii de sprijin, în scopul creșterii nivelului de autonomie personală și socială și al exercitării drepturilor cetățenești. Ele sunt datorate să asigure furnizarea echipamentelor și a instrumentelor necesare însoțitorilor sau interpreților, conform nevoilor persoanei cu handicap. Prețurile acestora trebuie să fie accesibile persoanelor cu handicap și familiilor lor (sau să se recurgă la gratuități). Statele trebuie să sprijine elaborarea și furnizarea programelor de asistență personală destinate persoanelor cu handicap sever și/sau multiplu.

Regula 5. *Accesibilitatea* este o condiție esențială a realizării procesului de egalizare a șanselor. Se referă atât la accesibilitatea fizică propriu-zisă (în spațiile destinate locuirii, educației, muncii, transportului în comun, serviciilor publice, divertismentului), cât și la accesul neîngrădit la informare și comunicare (indiferent de specificul deficienței). O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor cu deficiențe senzoriale simple sau asociate. Statele trebuie să încurajeze mass-media în direcția sporirii accesibilității serviciilor lor și pentru persoanele cu handicap (e.g. transpunerea jurnalelor de știri în limbaj mimico-gestual prin apelarea la interpreți atestați).

Regula 6. *Educația* persoanelor cu handicap trebuie să se realizeze în contexte integrate. Formele de educație concepute pentru persoanele cu handicap trebuie să fie parte integrantă a sistemului național de învățământ atât în ceea ce privește structurile educaționale și serviciile conexe, cât și proiectarea și dezvoltarea curriculară. Educația desfășurată în școlile obișnuite se va face cu asigurarea interpreților (pentru copiii cu deficiențe de auz), precum și a altor servicii de sprijin corespunzătoare. O atenție deosebită necesită copiii foarte mici cu handicap, preșcolarii cu handicap și adulții cu handicap (în special femeile). Pentru a fi capabile să adapteze practicile din învățământul general la nevoile educaționale ale persoanelor cu handicap, statele trebuie să aibă statuată o politică clară la nivel școlar și comunitar, să îngăduie adaptarea și flexibilizarea curriculumului educațional, să furnizeze materialele didactice corespunzătoare și să asigure perfecționarea continuă a profesorilor titulari și a celor de sprijin. Educația integrată și programele bazate pe comunitate trebuie privite ca abordări complementare în demersul de asigurare a unei educații și a unei instruiți eficiente pentru persoanele cu handicap. În situațiile în care sistemul de învățământ obișnuit nu este încă suficient de adaptat cerințelor acestora, se impun măsurile de educație specială. Datorită necesităților particulare de comunicare ale persoanelor cu deficiențe senzoriale, se consideră că cea mai potrivită formă de școlarizare a lor este cea a școlilor speciale pentru deficienți de auz, respectiv de vedere, sau cea a claselor speciale integrate în școlile de masă. Concomitent, se va acorda o atenție aparte dezvoltării abilităților de comunicare eficientă în scopul atingerii unui grad maxim posibil de independență a celor cu handicap de auz sau de vedere.

Regula 7. *Legile privind ocuparea forței de muncă* trebuie să fie nediscriminatorii, ba chiar să sprijine activ integrarea profesională a persoanelor cu handicap printr-o serie de măsuri facilitatorii precum calificarea profesională, cotele stimulative (cu reducere de impozite pentru angajatori), modalitățile de rezervare sau protejare a locurilor de muncă, creditele și garanțiile destinate micilor întreprinzători din rândul persoanelor cu handicap, prevederile contractuale favorizante, drepturile prioritare sau contractele exclusive pentru anumite tipuri de servicii sau produse, reducerile sau scutirile de anumite taxe și impozite, oferire de know-how sau de echipamente tehnice pentru firmele care angajează persoane cu handicap etc. Se mai referă și la măsurile pentru

proiectarea și adaptarea locurilor de muncă și a utilajelor și echipamentelor tehnice astfel încât acestea să devină accesibile persoanelor cu handicap. De asemenea, statele trebuie să inițieze și să sprijine campanii de creștere a conștientizării drepturilor persoanelor cu handicap în sfera muncii retribuite, precum și acțiuni destinate depășirii atitudinilor negative față de angajații proveniți din rândul persoanelor cu handicap.

Regula 8. *Asistența în domeniul veniturilor și protecția socială* vizează acordarea unui sprijin financiar adecvat în condițiile în care, în urma instalării handicapului, persoana în cauză și-a pierdut, parțial sau total, sursele de venit sau șansele de angajare. Sprijin financiar și protecție socială trebuie acordate și persoanelor care se ocupă de îngrijirea și întreținerea unei persoane cu handicap. Acest sprijin financiar nu trebuie să devină o sursă de dependență pentru persoanele cu handicap sau familiile acestora, motiv pentru care, ori de câte ori se consideră potrivit, el trebuie să fie condiționat de participarea la programe de recuperare a capacității de muncă și de reinserție profesională.

Regula 9. *Viața de familie și integritatea personală* reprezintă alte două obiective pe care statele semnatare se obligă să le respecte în cazul persoanelor cu handicap. Acestea trebuie să se bucure de condiții propice pentru a trăi în familiile proprii sau în cele de adopție. Nu trebuie îngădite nici drepturile la relații sexuale consensuale și la procreere, precum și la întemeierea unei familii. Serviciile de consiliere maritală și planning familial trebuie să ia în considerare și nevoile specifice ale persoanelor cu handicap, mai cu seamă, ale fetelor și femeilor cu handicap. De asemenea, aceste persoane trebuie informate cu privire la măsurile de protecție necesare împotriva abuzurilor de orice natură (inclusiv sexuală) cărora le-ar putea cădea victime în familie, instituții sau comunitate.

Regula 10. Accesul la *cultură* trebuie înțeles atât ca oportunitate oferită persoanei cu handicap de a se îmbogăți spiritual, cât și ca șansă de a se exprima, de a-și utiliza potențialul creativ în scopuri academice sau artistice. Anumite adaptări ale instituțiilor de cultură și ale anumitor produse culturale (cărți, filme, reprezentații teatrale) se pot dovedi indispensabile.

Regula 11. *Modalitățile de recreere și sporturile* trebuie să devină accesibile persoanelor cu handicap, incluzând aici bazele sportive, taberele pentru copii și tineret, stațiunile de agrement, ștrandurile etc. Diversele sporturi pot fi adaptate posibilităților și trebuințelor acestor persoane fie prin crearea unor echipamente speciale, fie prin modificarea unor reguli de desfășurare. Statele trebuie să încurajeze participarea persoanelor cu handicap la evenimentele sportive naționale sau internaționale (cum ar fi paralimpiadele). În unele țări există cluburi sportive ale persoanelor cu handicap, uneori chiar în domenii care ar părea inaccesibile acestora (parașutism, alpinism).

Regula 12. Participarea la *viața religioasă* a comunității din care fac parte, cu asigurarea condițiilor de rigoare (e.g. rampe de acces, liturghie oficiată în limbaj mimico-gestual).

Regula 13. Statele semnatare își asumă responsabilitatea pentru colectarea și răspândirea *informațiilor* despre condițiile de viață ale persoanelor cu handicap și promovarea unor *cercetări* comprehensive referitoare la toate aspectele ce privesc existența cotidiană și participarea lor la viața socială largă.

Regula 14. *Stabilirea politicilor adecvate nevoilor persoanelor cu handicap și planificarea diverselor strategii și programe pentru acestea* trebuie realizate în contextul politicilor și planificărilor macrosociale, al planurilor generale de dezvoltare economică și socială. Este obligatorie implicarea persoanelor cu handicap fie direct, fie prin organizațiile acestora.

Regula 15. *Legislația* națională trebuie să includă drepturile și obligațiile persoanelor cu handicap alături de cele care revin cetățenilor obișnuiți. Statele semnatare trebuie să se asigure că organizațiile persoanelor cu handicap sunt implicate efectiv în elaborarea legislației ce le privește, dar și în demersul de evaluare a fiabilității acesteia. O mențiune specială se referă la eliminarea prevederilor legale cu caracter discriminatoriu.

Regula 16. *Politicile economice* destinate persoanelor cu handicap se referă la acele măsuri economice care să avantajeze integrarea acestora în câmpul muncii.

Regula 17. *Coordonarea muncii în cazul persoanelor cu handicap* presupune crearea unor comitete naționale de coordonare permanente, în care organizațiile acestor persoane să aibă o influență considerabilă.

Regula 18. *Organizațiile persoanelor cu handicap* trebuie să devină partener social al organismelor guvernamentale. Aceasta înseamnă că statele semnatare se angajează să stabilească o comunicare permanentă cu organizațiile persoanelor cu handicap și să le asigure participarea la elaborarea politicilor guvernamentale în domeniu.

Regula 19. *Instruirea personalului* implicat în planificarea și furnizarea de programe și servicii, la toate nivelurile, cade în responsabilitatea statelor semnatare. Instruirea trebuie să implice persoanele cu handicap, organizațiile acestora, aparținătorii și membrii comunităților din care fac parte.

Regula 20. *Urmărirea și evaluarea la nivel național a modului de implementare a Regulilor în cadrul programelor pentru persoanele cu handicap* impune evaluarea periodică și sistematică a programelor naționale, precum și diseminarea informațiilor rezultate în urma acestor evaluări.

Regula 21. *Cooperarea tehnică și economică* presupune asumarea responsabilității de a coopera și a lua măsuri în vederea îmbunătățirii condițiilor de viață ale persoanelor cu handicap.

Regula 22. *Cooperarea internațională* presupune participarea activă a statelor semnatare la corelarea politicilor naționale privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap. În acest sens, trebuie încurajate și sprijinite schimburile de cunoștințe și experiență dintre organizațiile nonguvernamentale preocupate de problemele persoanelor cu handicap, instituțiile de cercetare și cercetătorii individuali interesați, managerii de proiecte în domeniu, comitetele naționale de coordonare în acest domeniu etc.

Conceptul de *calitate a vieții* reflectă necesitatea asigurării unui nivel minim de condiții de trai și de dobândire a mijloacelor de subzistență astfel încât persoana cu handicap să poată duce o existență decentă și plină de sens, în concordanță cu aspirațiile sale și cu nivelul de dezvoltare socio-economică a societății din care face parte. Deși este adesea tratat ca un corolar al principiului normalizării (T. Vrășmaș, P. Daunt și I. Mușu, 1996, p. 15), noi opinăm că el trebuie considerat mai degrabă premisă a acestuia, motiv pentru care îl și analizăm aici. Conceptul poate fi definit mai riguros dacă se face apel la următoarele trei categorii de indicatori:

- centrați pe componentele mediului;
- centrați pe satisfacerea nevoilor personale ale persoanei cu handicap;
- centrați pe competențele persoanei în cauză (*ibid.*).

Instrumentul principal de evaluare a calității vieții persoanelor cu handicap o constituie scala de evaluare ce ia în considerare:

- informațiile cu caracter obiectiv (condiții de locuit, servicii de sprijin de care ea beneficiază, grad de acces la instituțiile de interes public, tip de muncă salarizată în care este angrenată, nivel al relațiilor sociale în care este implicată etc.);
- informații cu caracter subiectiv (modul în care persoana în cauză își simte satisfăcute nevoile de bază, preferințele și aspirațiile particulare)⁶.

În plan instituțional, *standardele de calitate* reprezintă acel set de cerințe minime admise în practica furnizării serviciilor pentru copiii aflați în dificultate. Ele constituie criteriile care fundamentează orice judecată de valoare referitoare la calitatea unui anumit serviciu, echipă multidisciplinară ori angajat și incumbă trei condiții de fiabilitate:

- să fie veridice (adică să reflecte corect și complet realitatea);
- să fie cât mai explicite și mai precise cu putință (pentru evitarea interpretărilor eronate sau a pretextelor de eschivare de la anumite responsabilități);
- să permită măsurarea cantitativă a nivelului prestațiilor conform unei grile de evaluare (în scopul existenței unei modalități obiective de determinare a gradului de conformare în raport cu setul de cerințe).

Dincolo de evaluarea exactă, mergând până la detaliu, trebuie să existe și o apreciere de ansamblu a calității activității desfășurate în instituția respectivă care să indice în ce măsură demersul general este eficient sau nu. „De asemenea, deși există obligativitatea respectării unor cerințe generale, tipul

⁶ E.g. (-). *Quality of Life: Evaluation Scale for Persons with Mild and Severe Intellectual Disabilities*. Vällingby: Handikappinstitutet.

de handicap al copiilor aflați în îngrijire și contextele concrete în care își desfășoară activitatea centrele de plasament impun o serie de nuanțări, firește în limitele unei marje de toleranță⁷.

La nivel european, programul *Helios II*, implementat prin decizia Consiliului Europei din 25 februarie 1993, are drept obiective promovarea șanselor egale și a integrării persoanelor cu dizabilități în cadrul Uniunii Europene. Obiectivele operaționale ale acestui program sunt, în esență, următoarele:

- identificarea, analizarea și definirea practicilor inovative și eficace privitoare la asigurarea șanselor egale (*equal opportunities*) și a integrării persoanelor cu dizabilități;
- promovarea mijloacelor potrivite pentru transferul bunelor practici (*good practices*) în cadrul statelor membre și la nivel comunitar;
- promovarea cooperării internaționale (în particular, între statele membre) în scopul susținerii unei abordări globale și coerente a integrării;
- cooperarea cu orice organizație non-guvernamentală europeană, condusă de sau în beneficiul persoanelor cu dizabilități, precum și cu organismul național responsabil de soarta acestor persoane.

Programul *Helios II* este structurat pe patru coordonate, corespunzătoare următoarelor tipuri de activități:

- activități de informare și schimb de experiență (vizite de studiu, grupuri de studiu, seminarii etc.);
- anumite activități de anvergură europeană organizate de ONG-uri pentru și în beneficiul persoanelor cu dizabilități;
- sistemul de informare HANDYNET, ale cărui elemente de referință sunt baza de date și suporturile tehnice, disponibile în formă electronică;

⁷ Apud CRIPS (2003). *Cursuri de pregătire cu tema: Standarde de calitate în protecția copilului* (suport de curs). Pentru detalii, v. A. Toea și M. Turcu (2000). *Standarde de calitate privind protecția copilului în centrul de plasament*: proiect. București: (-). Ținem să remarcăm aici activitatea desfășurată de Centrul de Resurse și Informare pentru Profesiuni Sociale în vederea elaborării normelor de organizare și funcționare a CPCHS (Centrul de plasament pentru copilul cu handicap sever). Amintim aici principiile fundamentale care trebuie să ghideze activitatea în Centru: promovarea unui model familial de îngrijire a copilului; asigurarea unei îngrijiri, recuperări și resocializări individualizate și personalizate a copilului; asigurarea protecției copilului pe o durată determinată de timp, pe baza unui plan de acțiune individuală, până la reintegrarea sa în familie; asigurarea intervenției precoce; permiterea nediscriminatorie a accesului în Centru, cu excepția cazurilor în care natura handicapului copilului face ca instituționalizarea să îi dăuneze, să îi agraveze handicapul sau să îi adauge handicapuri suplimentare; realizarea protecției copilului într-un mediu cât mai puțin restrictiv. CPCHS trebuie să funcționeze ca un serviciu centrat pe copil, integrat în comunitate, organizat flexibil și modular și integrat organic în ansamblul celorlalte servicii destinate copilului aflat în dificultate. Se constituie separat de unitățile medico-sanitare, de cele aflate în subordinea Autorității Naționale pentru Protecția Persoanelor cu Handicap sau a MEC, întreținând însă relații de colaborare cu acestea.

- activități destinate informării și conștientizării societății cu privire la problematica persoanelor cu dizabilități din cadrul Uniunii (*Helios II*, 1995, p. 2)⁸.

Principiile de bune practici statuate în cazul persoanelor cu handicap se referă la patru arii principale de interes, și anume: integrare socială și existență autonomă; integrare educațională; readaptare funcțională; angajare în muncă și pregătire pentru angajare. Aceste principii sunt următoarele (*apud Helios II*, 1996, pp. 12-15):

- *Egalitate a șanselor* (concretizată în accesul egal la educație și la o muncă salarizată adecvată, conform cu aptitudinile și capacitățile persoanei cu handicap). Pentru realizarea acestui deziderat vor fi necesare anumite amenajări arhitecturale și tehnice, însoțite de asistență individualizată, în vederea eliminării obstacolelor ambientale care împiedică accesul liber al persoanei cu handicap. Programul atrage atenția luării în considerare și a diferențelor de sex, rasă și apartenență etnică, care nuanțează și complică starea de handicap. „Egalitatea șanselor implică în aceeași măsură și accesul la toate informațiile necesare părinților copiilor handicapați și emancipării persoanelor handicapate” (*ibid.*, p. 13).

- *Cetățenie* (recunoașterea calității de „cetățean”). Aceasta conferă fiecărei persoane cu handicap dreptul de a avea acces egal la facilitățile și serviciile publice concomitent cu răspunderile pe care trebuie să și le asume conform rolului activ pe care trebuie să îl joace în societate.

- *Interdependență și solidaritate*. Societatea trebuie să recunoască interdependența ce se stabilește între membrii ei, concomitent cu dreptul fiecărui individ la autodeterminare. Astfel, așa cum o persoană cu handicap poate să depindă de un însoțitor pentru ajutor și sprijin, la fel acesta din urmă poate depinde de persoana cu handicap pentru a fi retribuit. Societatea este datoră să facă dovada solidarității sale cu cei aflați în dificultate prin înființarea și finanțarea unor structuri organizatorice și a unor servicii care să vină în sprijinul persoanelor cu handicap. O finanțare corespunzătoare a acestor structuri și servicii este subînțeleasă.

- *Integrare în viața cotidiană a societății*. Persoanele cu handicap sunt îndreptățite la integrare completă în viața de zi cu zi a comunității căreia îi aparțin, cu toate drepturile și obligațiile aferente. Aceasta înseamnă inclusiv dreptul la alegerea propriului mod de viață.

⁸ Conform programului *Helios II* (1996, p. 7), în Uniunea Europeană unul din zece cetățeni se confruntă cu un handicap oarecare, în 70 % din cazuri acesta fiind dobândit în cursul vieții. Definiția stării de handicap, ce stă la baza terminologiei utilizate în cadrul programului, este următoarea: „prin ‘persoane handicapate’ se înțelege acea categorie de persoane ce prezintă deficiențe, incapacități sau handicapuri serioase derivate din leziuni fizice, inclusiv cele senzoriale, mintale și psihice, care limitează sau împiedică realizarea unei activități ori a unei funcții considerate ca normală pentru o ființă umană” (*ibid.*, p. 11). De altfel, încă nu există un consens la nivelul Uniunii dacă să se folosească sintagma „persoane handicapate” sau „persoane cu handicap” (*ibid.*). După cum am arătat într-o notă din primul capitol, în curând o astfel de dilemă va deveni caducă prin eliminarea termenilor de „handicap” și „dizabilitate”.

• *Respectare și valorizare a diferențelor.* Se cere luarea în considerare a diferențelor ce se manifestă atât între persoanele cu handicap și cele obișnuite, cât și între persoanele cu același tip de handicap sau cu handicaturi diferite. Valorizarea acestor diferențe impune axarea pe aportul pozitiv al diverselor puncte de vedere sau abordări ce pot exista, și nu pe multitudinea de probleme ce trebuie surmontate.

• *Alegere și control.* Trebuie ca persoanele cu handicap (sau, după caz, apărătorii sau reprezentanții lor legali) să se bucure de aceleași posibilități de alegere și control ca și cetățenii obișnuiți în ceea ce privește existența cotidiană. De asemenea, părinții copiilor cu handicap trebuie să dețină aceleași opțiuni de alegere și control ca și ceilalți părinți. Evident, acest principiu devine operant doar în condițiile funcționării optime a tuturor celorlalte principii.

• *Participare la decizii.* Persoanele cu handicap (sau reprezentanții lor legali) trebuie să aibă dreptul de a lua parte la toate deciziile cu impact (pozitiv sau negativ) asupra existenței lor. De asemenea, ele au dreptul la un consilier sau reprezentant legal care să le asiste, la nevoie, pe parcursul acestui proces.

• *Prioritate acordată capacităților.* Bunele practici trebuie să pună accentul pe capacitățile demonstrate ale persoanelor cu handicap, și nu pe incapacitățile lor.

• *Asistență individuală.* Persoanele cu handicap sunt îndrituite la identificarea și satisfacerea într-o manieră adecvată a nevoilor lor, precum și la acordarea unei asistențe individuale personalizate. „Această distincție este probabil ‘cheia’ egalității șanselor și a unei vieți autonome” (*ibid.*, p. 15).

• *Examinare și adaptare permanentă.* Bunele practici sunt supuse unui proces permanent de examinare a dispozițiilor constitutive și de adaptare continuă a acestora trebuințelor fiecărei persoane cu handicap în parte, dar și circumstanțelor specifice unui caz sau altuia.

• *Conectare în rețea.* Organizațiile locale, regionale, naționale și internaționale ale persoanelor cu handicap, părinților acestora, specialiștilor, voluntarilor etc. trebuie să se constituie în vaste structuri flexibile de difuzare a informațiilor și a bunelor practici.

• *Sensibilizare a populației.* Societatea ca întreg este datoră să se preocupe de furnizarea permanentă de informație către membrii săi cu privire la caracteristicile și trebuințele persoanelor cu handicap. Astfel, soluțiile noi la diversele probleme cu care aceste persoane se confruntă trebuie să capete notorietate pentru a putea ajunge în atenția unor specialiști sau grupuri interesate să le pună în practică.

Obiectivele dezirabile ale bunelor practici se referă la *eficacitatea și calitatea* acestora în demersul de integrare educațională și socio-profesională a persoanelor cu handicap. Eficacitatea este dată de măsura în care se reușește identificarea persoanelor cu handicap și în care planul de servicii personalizat dă rezultatele scontate. Calitatea intervenției este reflectată de modul în care sunt asigurate următoarele drepturi: de a rămâne în cadrul familiei sau, atunci când nu este posibil, de a beneficia de plasament cât mai apropiat de condițiile de tip

familial; de a nu fi menținut în instituția rezidențială mai mult decât se dovedește necesar; de a i se garanta servicii de calitate și acces nediscriminatoriu la toate tipurile de servicii disponibile; de a primi sprijin cât mai adaptat nevoilor sale și circumstanțelor în care trăiește; de a-i fi respectată intimitatea; de a-i fi luate în considerare propriile alegeri, conform dreptului la auto-determinare; de a i se evalua periodic calitatea protecției acordate, pentru prevenirea situațiilor de neglijență și malpraxis. Definirea și exemplificarea bunelor practici constituie încă subiect de dispută și reflecție atât pe plan european, cât și în țara noastră. În ceea ce ne privește nu putem să nu remarcăm disfuncționalitățile grave care încă persistă în colaborarea dintre sectorul de protecție specială și cel de educație și recuperare psihopedagogică.

13. 3. PREMISE ALE DEZINSTITUȚIONALIZĂRII ÎN CAZUL PERSOANELOR CU HANDICAP

Dacă în perioada 1990-1996 se putea remarca o continuă creștere a efectivului de copii instituționalizați, în condițiile scăderii populației și legalizării avorturilor (E. Bonchiș, 2000, pp. 124-125), în ultimii ani am fost martorii unei reduceri semnificative a numărului acestora ca urmare a restructurării radicale a sistemului de asistență socială și protecție specială. Discutând problematica instituționalizării din perspectivă psihopedagogică, trebuie să spunem că există, dincolo de dilemele morale inerente, argumente pro și contra menținerii unităților specializate în problematica deficiențelor severe și profunde, chiar dacă serviciile pe care ele le vor furniza în viitor vor fi altfel concepute și implementate. Una din dificultățile insolubile în acest moment este aceea a imposibilității plasamentului familial în cazul persoanelor cu handicap sever și profund (fizic, mintal, asociat). Astfel, deși scopul oricărui centru de plasament este acela de a asigura îngrijirea și protecția copilului pe o durată determinată în timp în vederea (re)integrării familiale, este foarte probabil ca CPCHS să rămână instituție rezidențială permanentă pentru cei mai mulți dintre asistații săi. În aceste condiții, mai realistă ni se pare preocuparea vizând atenuarea impactului psihosocial al instituționalizării asupra copiilor din centru decât imaginarea unor scenarii improbabile de reinserție familială și comunitară.

Dacă, în cazul nostru, prin *instituționalizare* se înțelege „încadrarea unor persoane cu diverse tipuri de deficiențe în instituții specializate unde aceștia beneficiază de îngrijire, hrană, odihnă, educație specializată și chiar locuri de muncă, sub supravegherea unui personal specializat” (F. E. Verza, 2002, p. 285), aceasta nu trebuie să mai conducă la structuri de tip concentraționar, bazate pe dictat și conduite rigide, impermeabile atât la particularitățile individuale ale copiilor, cât și la influențele lumii exterioare. În asemenea condiții, după E. Bonchiș (*op. cit.*, p. 127), „a instituționaliza un copil înseamnă a-l plasa într-un mediu din care lipsesc lucrurile personale, evenimentele personale, lipsesc activitățile adecvate / individualizate fiecărei persoane, lipsește contactul cu lumea exterioară și perspectiva viitorului”.

Într-un astfel de sistem, „personalul controlează toate deciziile, iar rezidentul își pierde autonomia și încetează a se mai vedea pe sine însuși ca având alte roluri sau relații într-o lume exterioară instituției. El devine practic dependent de instituție și incapabil de organizare a propriei sale vieți” (*ibid.*).

Apar, prin urmare, condițiile dezvoltării unui efect Pygmalion sui generis: copiii sunt antrenați și determinați să se supună pasiv și stereotip ritualului instituțional, iar conduitele lor complexe ajung să justifice convingerea personalului că dependența intensă de îngrijirile acordate este inerentă stării de handicap și că, în consecință, conduita lor profesională este cea optimă. Asistăm, fără surpriză⁹, la o schimbare a priorităților: dacă scopul declarat al unei astfel de instituții este acela de a oferi îngrijire și protecție copilului aflat în dificultate iar personalul este selectat, angajat și retribuit tocmai în vederea realizării acestui scop, foarte curând, datorită efectelor coercitive, dar și manipulatorii, ale ierarhiei organizaționale, pe prim plan trec interesele personalului iar copiii, clienții *de plano* ai instituției respective, devin toleranții *de facto* ai acesteia. Abuzurile instituționale par a nu cunoaște limite: ele merg de la neglijare și umilire, la brutalități psihice și fizice, culminând cu violul și tortura¹⁰. Cauzele rezidă atât în calitatea umană și profesională a celor investiți cu autoritate și putere asupra asistaților, cât și în forma de organizare ce statuează ascendentul profesional și social al personalului asupra acestora. Transformarea asistatului în *client*, a instituției în serviciu și a rezidenței permanente în rezidență *temporară* constituie nu doar premise ale unei abordări europene în domeniul protecției persoanelor în dificultate, ci și condiții favorabile ale unei schimbări dezirabile de mentalitate.

Nu trebuie să rămânem totuși cu impresia că interacțiunile psihosociale maligne sunt singurele răspunzătoare de calitatea scăzută a vieții persoanelor instituționalizate și că, prin urmare, plasamentul în sine reprezintă o măsură principal corectă. Dezvoltarea psihoindividuală generală, stimularea inteligenței, maturizarea afectivă, formarea imaginii de sine, controlul frustrărilor și educarea voinței, diferențierea și ierarhizarea intereselor, interiorizarea valorilor etc.

⁹ Spunem „fără surpriză”, deoarece ne amintește de diferența frapantă dintre idealizarea cetățeanului în discursul politic al statului totalitar și exploatarea acestuia fără scrupule în realitatea cotidiană. Păstrând proporțiile, schimbarea organizațională trebuie concepută mai întâi de toate în sensul democratizării relațiilor intrainstituționale și al precizării exprese a calității de *serviciu prestat în beneficiul clientului*. Altminteri, orice reformă instituțională ce nu presupune și o schimbare de mentalitate nu înseamnă mai mult decât furnizarea aceluiași gen de produs dar într-un nou ambalaj.

¹⁰ Oferim ca subiect de meditație scandalul politic declanșat recent în Portugalia de abuzurile săvârșite la *Casa Pia* (cea mai mare și mai veche instituție pentru copii și tineri cu handicap din această țară). Și la noi, diversele anchete jurnalistice, desfășurate atât imediat după 1989, cât și în perioada actuală, au adus în atenția opiniei publice cazuri flagrante de încălcare a drepturilor și demnității persoanelor instituționalizate.

se desfășoară de regulă într-un cadru socio-cultural normal. În acest context, instituția clasică nu constituie un cadru socio-cultural normal care să ofere experiențe de viață și de învățare corespunzătoare. Lipsa de variație comportamentală, ambianța restrictivă, cantonarea exclusivă în prezent conduc, în timp, la instalarea unei stări cronice de letargie, punctată de nervozitate și conduite deviante (mișcări de autostimulare, agresivitate și autoagresivitate, masturbare, enurezis nocturn etc.). Unul din fenomenele tipice este *hospitalismul*¹¹, caracterizat prin agresivitate, anxietate, deficiențe perceptivă și de atenție, și însoțit de încetinirea ritmului dezvoltării fizice și psihice. Tulburările sunt mai grave în primele 18 luni de viață și pot deveni ireversibile în condițiile menținerii subiectului în mediul instituțional clasic. Nevroza instituțională nu face altceva decât să se adauge handicapului existent, amplificând și agravând tulburările psihice și comportamentale. În concluzie, regândirea sistemului de servicii pentru persoanele cu handicap sever și profund trebuie să evite, mai întâi de toate, perpetuarea deficiențelor intratabile ale mediului instituțional propriu-zis, chiar dacă menținerea acestor persoane în regim de rezidență permanentă se dovedește inevitabilă.

13. 4. ANALIZA CONCEPTULUI DE „INTEGRARE” ȘI A APLICABILITĂȚII SALE ÎN EDUCAȚIE

Prin *integrare* se înțelege, în defectologie, admiterea persoanei cu handicap în cadrul comunității largi, fără manifestarea vreunei discriminări în ceea ce privește accesul liber, exprimarea personală, exercitarea unor drepturi și obligații egale sau dezvoltarea și afirmarea individuală, conform capacităților, trebuințelor, opțiunilor și aspirațiilor acesteia. Bineînțeles, măsura în care integrarea este posibilă depinde de tipul și gradul deficienței generatoare de handicap, de cultura și educația grupului social, de posibilitățile de acces (incluzând aici mijloace de transport, echipamente de comunicare, amenajări arhitectonice, însoțitori etc.) și de natura activităților intenționate. De asemenea impune o pregătire corespunzătoare atât a persoanei cu handicap, cât și a membrilor grupului considerat, astfel încât diferențele de performanță, cunoștințe, reprezentări, atitudini, comportament să nu devină factori de divizare.

După B. Nirje (*apud* D. V. Popovici, 1999c, pp. 168-169), nivelurile integrării sunt:

¹¹ „Termen creat de René Spitz, pentru a desemna fenomenele care apar în urma separării copilului de mama sa, prin internare prelungită în spital sau în alte instituții (cămine săptămânale, case de copii etc.)” (C. Gorgos, 1988, p. 390). Cf. R. A. Spitz (1945). *Hospitalism: The Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood*. In R. S. Eissler, A. Freud, H. H. Hartman, E. Kris (ed.), *The Psychoanalytic Study of the Child*. New York: International Universities Press, I.

- *integrarea fizică*: permite satisfacerea trebuințelor de bază. Constă în adaptarea clădirilor și a căilor de acces la nevoile persoanei cu handicap, astfel încât aceasta să locuiască în zone rezidențiale obișnuite, în organizarea de clase și grupe în școli de masă, în profesionalizare și angajare alături de normali;

- *integrarea funcțională*: impune crearea condițiilor de utilizare efectivă a tuturor serviciilor și facilităților puse la dispoziția comunității;

- *integrarea socială*: presupune stabilirea acelor tipuri de relații în comunitate care să nu excludă persoana cu handicap de la viața socială obișnuită;

- *integrarea personală*: se referă la posibilitatea inițierii, menținerii și dezvoltării unor relații cu persoane semnificative (părinți, prieteni, colegi de muncă, soț/soție, copii etc.);

- *integrarea societală*: ia în considerare asigurarea drepturilor cetățenești normale și a autonomiei decizionale în ceea ce privește propria existență;

- *integrarea organizațională*: privește participarea deplină la toate nivelurile structurii organizaționale (firmă, instituție, formațiune politică), conform capacităților și intereselor persoanei cu handicap. În subsidiar, se referă la asigurarea de servicii publice generale, structurate astfel încât să răspundă nevoilor tuturor cetățenilor, chiar dacă unele dintre ele vor fi, prin natura activității lor, solicitate mai frecvent de către persoanele cu handicap (nu se vor mai face distincții segregacioniste). „În situațiile în care specializarea serviciilor solicitate nu poate fi asigurată în interiorul serviciilor normale sau când nu există serviciile necesare în cadrul celor generale, serviciile speciale trebuie dezvoltate și modelate după caracteristicile serviciilor generale și aliniate, pe cât posibil, la standardele acestora” (*ibid.*, p. 169).

În ceea ce privește *integrarea școlară*, aceasta „se referă în esență la integrarea în structurile învățământului de masă a copiilor cu cerințe speciale în educație (copii cu deficiențe senzoriale, fizice, intelectuale sau de limbaj, defavorizați socio-economic și cultural, copii din centrele de asistență și ocrotire, copii cu ușoare tulburări psiho-afective și comportamentale, copii infectați cu virusul HIV etc.) pentru a oferi un climat favorabil dezvoltării armonioase și cât mai echilibrate a personalității acestora” (A. Gherguț, 2001, p. 12).

Integrarea educațională nu presupune numai participarea copiilor cu handicap ușor alături de cei normali în clase ale învățământului de masă (*mainstreaming*), ci și organizarea unor grupe în cadrul structurilor celui special (e.g. integrarea grupelor de copii cu handicap sever în școlile speciale). Actualmente, modul și gradul în care procesul de integrare școlară ar trebui să aibă loc constituie prilej de intense polemici și dezbateri care interesează nu numai categoria profesioniștilor, ci și pe cea a elevilor (normali și cu handicap) și a părinților acestora. Din acest motiv, vom insista pe larg asupra principalelor elemente contradictorii, încercând atât să expunem punctele de vedere contradictorii, cât și să ne argumentăm propria poziție în această dispută.

Trebuie evaluate două tipuri de fenomene inerente: impactul mediului școlar obișnuit asupra evoluției psihologice și școlare a copilului cu handicap,

respectiv impactul prezenței sale în clasa obișnuită asupra dezvoltării armonioase a copilului normal. Atâta timp cât cele două sisteme au funcționat paralel, fiecare și-a dezvoltat propria cultură educațională și propriile repere teleologice. În momentul în care ele se vor intersecta, vor apărea discrepante flagrante și chiar adversități care vor periclita realizarea unui adevărat parteneriat. Destinul incert al învățământului special românesc și, consecutiv, al cadrelor didactice implicate face ca tranziția de la modelul educației segregate la cel al educației integrate să se petreacă anevoios, cu multe obstacole și eșecuri care, la o analiză mai atentă, ar fi putut fi evitate.

Vom vedea în continuare cum sunt abordate punctele esențiale ale acestei probleme.

David Thomas (1978, pp. 137-138), analizând argumentele pro și contra segregării școlare, observa că:

I. În ceea ce privește *avantajele*, acestea sunt:

- un număr mai mare de persoane care se pot ocupa cu mai multă atenție de copilul cu dizabilități;
- eficiența metodelor instructiv-educative din învățământul special;
- accesul la servicii medicale și terapeutice grupate;
- reducerea presiunii psihologice exercitate asupra copilului prin acordarea posibilității și timpului necesar rezolvării problemelor legate de autoîngrijire și prin oferirea ocaziei de a-și elabora niveluri pozitive ale imaginii de sine;
- includerea într-o comunitate avizată, care recunoaște și se îngrijește de nevoile sale¹².

II. Pe de altă parte, principalele *dezavantaje* sunt:

- plasamentul copilului într-un sistem social compus în mare măsură din indivizi având același handicap, ceea ce conduce la considerarea celorlalți drept grup de referință;
- în mod deosebit atunci când plasamentul este rezidențial, înseamnă lipsa contactului cu grupurile de vârstă normale, cu toate consecințele ce rezultă de aici pentru dezvoltarea psiho-socială;
- copiii segregați din cauza dizabilităților lor nu au șansa de a lega prietenii în cartierul în care locuiesc;
- este intuit stigmatul social;

¹² B. Wade și M. Moore (1992, p. 15) adaugă încă trei avantaje suplimentare (economia datorată concentrării echipamentului și personalului, relaționarea facilă cu serviciile medicale, psihologice și de altă natură, respectiv eliminarea copiilor cu dificultăți din învățământul de masă), însă notau faptul că „pe de altă parte, ceea ce este privit ca avantaj dintr-o perspectivă, poate fi privit, în alt context, într-un mod diferit” (*ibid.*). De exemplu, presupusul avantaj oferit de mediul mai puțin presant se poate transforma în dezavantaj dacă astfel sunt încurajate așteptările aflate sub potențialul real al copilului.

- un mediu exagerat de protector devine periculos datorită vulnerabilității pe care o produce atunci când tinerii cu handicap sunt nevoiți să-l părăsească;
- apar consecințe negative asupra mediului școlar generate de conflictele privind asumarea competențelor din partea serviciilor sociale, a celor medicale sau a instituției de învățământ special¹³.

E. Verza (1992, pp. 7-8) argumenta, într-o perioadă în care ideile și proiectele de inspirație occidentală erau preluate *tale quale*, fără un minim studiu de fezabilitate, în favoarea menținerii învățământului special separat, fără să respingă *ab initio* ideile partizanilor normalizării. Oferim aceste argumente, multe dintre ele încă valabile astăzi:

- Pregătirea și recuperarea copiilor cu handicap în instituții speciale permite aplicarea unui program specializat în funcție de natura handicapului și de nivelul dezvoltării biologice și, respectiv, mintale, existând posibilitatea integrării ulterioare în mediul socio-profesional.

- Doar în învățământul special separat se poate realiza o omogenizare reală (fie ea și parțială) a grupelor de lucru, acestora fiindu-le dedicate metodologii adaptate.

- Clasele școlii speciale pot funcționa cu efective reduse de elevi, fapt care permite organizarea activității în funcție de particularitățile psiho-individuale ale copiilor cu handicap.

- Prezența a doi-trei copii cu handicap într-o clasă obișnuită se va solda cu neglijarea lor de către cadrele didactice, deoarece acestea nu dispun de timpul necesar tratării lor diferențiate și nici nu sunt pregătite în acest sens.

- Copiii cu handicap care sunt integrați în învățământul obișnuit devin obiectul unor atitudini negative din partea colegilor lor normali, ceea ce conduce la o auto-izolare a acestora din ce în ce mai accentuată.

- Chiar și în țările avansate în acest domeniu, copiii cu handicap frecventează școala de masă două-trei ore zilnic, după care sunt angrenați în activități individuale suplimentare sub conducerea unui specialist în educația specială, ajutat de asistenta medicală, educatoare etc. Astfel, de fiecare copil cu handicap se ocupă trei-patru persoane specializate, ceea ce în condițiile țării noastre se dovedește, cel puțin în etapa actuală, neeconomic, inefficient practic și chiar imposibil.

- Prezența elevilor cu deficiențe senzoriale (de auz, de vedere) impune aplicarea unor metodologii specifice (de demutizare, respectiv de instruire în sistem Braille), cerință utopică în condițiile date.

¹³ B. Wade și M. Moore (*ibid.*, p. 16) formulau în plus trei alte dezavantaje ale segregării: o politică axată pe segregare nu se îngrijește de nevoile acelor familii care doresc ca educația copiilor lor să se facă într-un mediu școlar obișnuit, curriculumul poate deveni restrictiv și ineficace în ceea ce privește furnizarea acelei stimulări și diversități de care copilul cu nevoi educaționale speciale are nevoie și, respectiv, copiii normali din învățământul de masă pierd posibilitatea de a învăța și de a beneficia de pe urma contactelor cu colegii lor cu dizabilități.

• Copiii cu handicap de limbaj, cei cu deficiențe motorii sau cei cu nevoi speciale reduse pot fi considerați deja beneficiari ai normalizării, deoarece aceștia, în afara frecventării școlii de masă, participă la programe speciale de terapie complexă, cu profesioniști abilitați în problematica handicapului lor.

Autorul sistematiza contra-argumentele promotorilor educației integrate după cum urmează:

- programele sau metodologiile specializate aplicate în învățământul special ar fi o reluare simplificată a celor din învățământul obișnuit;
- în activitatea cu subiecții cu handicap autentic, omogenizarea deplină a claselor nu este posibilă, dată fiind diversitatea structurilor lor psihofizice;
- datorită solicitărilor profesionale reduse, cadrele didactice din învățământul special se vor dezinteresa cu timpul de domeniul lor de competență;
- modul segregat de organizare a învățământului special conduce la izolarea elevilor cu handicap de mediul social obișnuit și de interacțiunea nemijlocită cu realitatea cotidiană;
- integrarea copiilor cu handicap în școlile de masă, alături de elevii normali, are darul de a stimula performanțele lor școlare ca urmare a percepției expectațiilor superioare ce există în aceste medii educaționale;
- includerea copiilor cu handicap în școlile de masă facilitează înțelegerea condiției lor de către colegii lor normali, ceea ce va avea ca efect acceptarea și protejarea lor chiar în cadrul grupurilor sociale obișnuite.

E. Verza (*ibid.*, p. 8) afirma că asemenea argumente pro și contra sunt lipsite de valoare practică dacă nu se ține cont de condițiile concrete existente în țara respectivă și de experiența acumulată în unitățile învățământului special. „Dacă aderăm în totalitate la ideea integrării, în sens de socializare, de pregătire temeinică a handिकापाților pentru inserția socio-profesională, [...] nu putem subscrie, în egală măsură, la ideea dizolvării totale a învățământului pentru handिकापाți în structurile învățământului de masă”.

O astfel de măsură ar necesita atât o schimbare radicală a atitudinilor societății față de persoanele cu handicap, cât și condiții corespunzătoare de dotare materială a sistemului de învățământ și de calificare complexă a cadrelor didactice care vor desfășura activități individuale cu acei subiecți cu nevoi speciale accentuate.

D. V. Popovici (2001) oferea o serie de argumente (din domeniul legal organizatoric, psihopedagogic, al pregătirii specialiștilor și a altor membri ai comunității, respectiv financiar) referitoare la necesitatea reformării sistemului de învățământ special și dezvoltarea, în paralel, a unui sistem de educație integrată, plecându-se de la menținerea școlilor speciale în etapa actuală și asumarea de către acestea a unor funcții și roluri noi. Autorul aprecia că „modelul de integrare cel mai potrivit pentru România este, în prezent, modelul cooperării între școlile speciale și cele obișnuite” (*ibid.*, p. 128). Conform acestui

model, elevii cu handicap au posibilitatea de a desfășura anumite activități (școlare și/sau extrașcolare) împreună cu/alături de elevii școlii obișnuite din zona de rezidență. Treptat, școala specială se va transforma în centru de resurse și consultanță pentru școala obișnuită, în timp ce elevii cu handicap se vor integra în mod gradual în colectivul acesteia din urmă. De asemenea, efectivul claselor obișnuite se va reduce corespunzător, astfel încât să se evite supraîncărcarea cadrului didactic titular și segregarea grupului școlar. În timp ce copiii cu dizabilități ușoare pot fi reorientați individual către clasele obișnuite (existând și varianta integrării clasei speciale în școala de masă), cei cu deficiențe severe ori cei cu polihandicap își pot găsi loc în cadrul școlilor speciale, reorganizate astfel încât să fie capabile să ofere o gamă largă de servicii educațional-recuperatorii. Suntem total de acord cu Doru-Vlad Popovici (*ibid.*, p. 129) că „pentru a atinge o eficiență maximă, integrarea educațională a copiilor cu handicap trebuie începută încă din perioada preșcolarității”, nefiind indicată „reorientarea către școala obișnuită a elevilor de vârste mai avansate, mai ales a celor de la nivelul claselor V-VIII”¹⁴.

Pe de altă parte, Gh. Radu (2002, p. 131 *sqq*) se referea la raportul contradictoriu dintre scopul învățământului special și structura sa organizatorică, care, în cazul persoanelor cu deficiențe mintale, se particularizează în „nepotrivirea dintre formele tradiționale de organizare a acestui învățământ – diferențiate, chiar separate (sau segregate, cum spun unii) în raport cu învățământul de masă – și obiectivul pregătirii lor pentru o integrare socioprofesională, pe cât posibil în colectivitățile obișnuite, împreună cu persoanele fără deficiențe” (*ibid.*, p. 131).

De altfel, ideea integrării (la nivel de clasă sau individual) nu a fost străină culturii educaționale românești. Spre exemplificare, Legea învățământului din 1924 prevedea posibilitatea înființării în cadrul școlilor generale obligatorii a unor clase diferențiate pentru copiii cu retard mintal, deficiențe fizice, vizuale și auditive, respectiv tulburări de comportament¹⁵. În anii '60 au apărut, în București și în alte orașe mai mari, așa-numitele „clase de recuperare”, a căror ineficiență s-a datorat, în opinia lui Gh. Radu (*ibid.*, p. 140), următoarelor neajunsuri mai importante:

- organizare tardivă a acestora (de regulă la sfârșitul ciclului gimnazial);
- grupare nediferențiată a copiilor cu dificultăți școlare eterogene, fără a se ține cont de etiologie sau de formele de manifestare;

¹⁴ De altfel, chiar în „Analiza de situație...” (2002, p. 14) se recunoaște faptul că „majoritatea persoanelor investigate recunosc că integrarea este reușită acolo unde a început de la grădiniță sau de la clasa întâi, unde se face natural, acolo unde au apărut și au început să activeze profesorii itineranți/de sprijin, acolo unde există deja cadre didactice care au beneficiat anterior de pregătire prin cursuri despre integrare, care au fost informate în prealabil și au avut suficiente resurse de timp și materiale să se pregătească”.

¹⁵ *Apud* Gh. Radu (*ibid.*, p. 139).

- includere a altor categorii de copii aflați în dificultate (mai ales a celor de etnie romă).

Conform aceluiași autor, centrele logopedice interșcolare au reprezentat „o experiență de educație integrată, pe deplin reușită și cu nuanțe de originalitate în școala românească” (*ibid.*, p. 141), copiii cu tulburări de limbaj participând fără nici un fel de discriminări la activitățile școlare curente. Mai mult decât atât, pentru faptul că acest handicap nu a fost niciodată „etichetat” ca atare de către profesorii logopezi în discuțiile lor cu învățătorii sau cu părinții copiilor în cauză, el nici nu a fost perceput altfel decât ca o dificultate tranzitorie, surmontabilă în condițiile învățământului de masă. De asemenea, mulți copii cu tulburări de învățare ușoare au fost sprijiniți să rămână în școala obișnuită, prin efortul conjugat al cadrelor didactice și al părinților, deși numai în cazuri particulare (atunci când au existat bunăvoință, implicare și perseverență din partea ambelor părți, adică un parteneriat real în avantajul copilului).

Făcând o sinteză a datelor și opiniilor mai multor cercetători, Josephine Jenkinson (1997, p. 99 *sqq*) conchidea că viitorul școlilor speciale depinde de mai mulți factori, cum ar fi:

- capacitatea învățământului de masă de a absorbi și de a educa în mod corespunzător copii prezentând o varietate extraordinară de dizabilități (multe unități școlare nu se arată doritoare sau pregătite pentru a face față întregului continuum de nevoi educaționale speciale);
- capacitatea învățământului special de a-și reforma curriculumul în sensul unei mai mari flexibilități, individualizări și adecvări la cerințele integrării socio-profesionale a viitorilor lor absolvenți;
- renunțarea la supraspecializarea școlilor speciale în favoarea unei abordări mai largi a diverselor categorii de dizabilități și cerințe educaționale speciale, îndeosebi a celor complexe;
- capacitatea școlilor speciale de a stabili relații mutual avantajoase cu școlile obișnuite atât pe linie curriculară, cât și pe cea a resurselor de specialitate (profesori și consilieri pe probleme de educație specială, materiale didactice corespunzătoare, aparate și echipamente specifice etc.);
- capacitatea școlii speciale de a stabili împreună cu școala obișnuită un program convenabil elevului cu cerințe educaționale speciale parțial integrat în învățământul de masă;
- caracterul activ al demersurilor educaționale inițiate de școala specială în sensul convingerii partenerilor săi din învățământul de masă de utilitatea programelor de intervenție personalizate, pe de o parte, și al preluării inițiativei în domeniul cercetării psihopedagogice, al elaborării unor materiale de specialitate și al formării personalului didactic calificat în activitatea cu elevii cu cerințe educaționale speciale, pe de altă parte.

B. Wade și M. Moore (1992, p. 9) se refereau la un *continuum al integrării*, care pomește de la extrema segregării (caracterizată prin lipsa oricărui contact social), traversează stadiul școlii speciale ca instituție de sine-stătătoare și pe cel

al școlii speciale ce acceptă, separat, și clase pentru copiii obișnuiți, marchează etape intermediare precum cea a unității speciale partajate (ce include, în aceeași clădire, atât clase pentru copii cu dizabilități, cât și clase pentru copii obișnuiți), a unității speciale care prevede activități sociale comune pentru copii normali și cei cu dizabilități, respectiv a unității speciale având anumite obiective similare celor ale școlii de masă, și atinge nivelul de centru de resurse pentru învățământul obișnuit (*mainstream provision*), cu unele adaptări pentru clasele speciale, precum și pe cel de centru de resurse pentru toate nevoile speciale ale elevilor din clasele învățământului de masă. Acest continuum al integrării poate fi privit nu numai din perspectivă instituțională, ci și din cea individuală. Astfel, în condițiile existenței și funcționării optime a unei game diverse de servicii educaționale specializate, copilul poate parcurge etapele acestui continuum, în funcție de capacitățile sale restante și de evoluțiile dezvoltamentale înregistrate. De exemplu, un elev, înscris inițial într-o clasă specială, poate fi reorientat către învățământul de masă fie parțial (adică recomandându-se anumite activități comune cu elevii obișnuiți, cum ar fi educația fizică, lucrul manual, participarea la unele activități periscolare sau extrașcolare etc.), fie total (integrare individuală în clasa obișnuită). El va trece din „jurisdicția” școlii speciale sau a unității partajate, în cea a centrului de resurse aflat în relație cu școala de masă. Procesul poate fi și inversat, atunci când se constată că un elev, înscris inițial în școala obișnuită, din anumite motive (boală progresiv invalidantă, sechele post-traumatice etc.) nu mai poate face față curriculumului general și necesită o intervenție specializată. La un nivel superior, nevoile educaționale speciale ale elevilor pot fi atât de variate și de nuanțate, încât nu se va mai justifica menținerea unui centru de resurse specializat pe o anumită categorie de dizabilități, ci se va accentua importanța intervenției corectiv-recuperatorii strict individualizate (focalizată atât pe cazul concret, cât și pe problema imediată). În aceste situații, proiectarea curriculară și planificarea resurselor necesare impun în cel mai înalt grad nu doar maximă flexibilitate metodologică, ci și interrelaționare optimă în cadrul echipei multidisciplinare.

Actualmente, educația integrată a devenit preocupare de bază a autorităților românești în domeniu, fiind emise mai multe documente oficiale ce statuează acest lucru. Din păcate, normele metodologice de aplicare nu reușesc să acopere întreaga varietate de probleme apărute în practică și nici să lămurească o serie de aspecte de detaliu ce încă mai stârnesc confuzie și frustrare în rândul cadrelor didactice. Cităm, în acest sens, câteva din principiile enunțate în „Strategia MEC privind egalizarea șanselor pentru copiii și tinerii cu deficiențe, precum și accesul acestora la orice formă de educație și ocrotire”:

- școlile trebuie să includă în procesul de învățământ toți copiii, indiferent de condițiile lor fizice, intelectuale, lingvistice sau de altă natură;
- educația specială încorporează principiile unei pedagogii sănătoase de pe urma căreia toți copiii vor avea de câștigat. Această pedagogie acceptă faptul că diferențele dintre oameni sunt majore și că învățământul trebuie

adaptat la cerințele copilului și nu copilul trebuie să se adapteze la cerințe prefabricate. O pedagogie centrată asupra copilului este benefică pentru toți cei care studiază în condiții cât mai normale;

- integrarea copiilor și tinerilor cu deficiențe/cu cerințe speciale în domeniul educației se obține eficient prin participarea la procesul de învățământ în cadrul școlilor obișnuite care deserveșc toți membrii societății. În acest context, cei care au nevoie de educație specială pot realiza un progres educațional deplin și se pot bucura de avantajele integrării sociale;

- în școala obișnuită, toți copiii trebuie să învețe împreună. Școala obișnuită (inclusivă) trebuie să recunoască și să reacționeze la diversele cerințe ale elevilor, armonizând atât diferitele stiluri de a învăța, cât și diferitele grade de reușită școlară, asigurând o educație de calitate pentru toți prin programe de învățământ adecvate, organizare eficientă, strategii didactice concrete, folosirea optimă a resurselor, parteneriat cu celelalte instituții ale comunității;

- repartizarea copiilor în învățământul special pe timp nelimitat constituie excepții, făcându-se numai în acele cazuri în care s-a demonstrat că instruirea și educarea în clasele obișnuite nu poate veni în întâmpinarea necesităților educaționale sau sociale ale copilului sau când e necesară pentru binele copilului sau al celorlalți;

- școlile speciale pot servi ca: resursă valoroasă pentru dezvoltarea școlilor incluzive; centru de instruire și resurse de personal pentru școlile incluzive; centre ce oferă instrucție și educație unui număr mai mic de copii deficienți care nu pot fi incluși în învățământul obișnuit; furnizor de sprijin de specialitate școlilor obișnuite în soluționarea problemelor educației speciale.

Prin OMEC nr. 4653/2001 s-a aprobat „Metodologia de organizare și funcționare a serviciilor educaționale pentru copiii/elevii deficienți integrați în școala publică, prin cadre didactice itinerante și de sprijin”, precum și planul-cadru de învățământ destinat elevilor deficienți integrați (individual sau în grup) în clasele I-VIII ale școlii de masă, inclusiv programele școlare adaptate. Sunt prevăzute criteriile de încadrare și normare a cadrelor didactice itinerante și de sprijin, precum și profilul de competențe solicitat. Astfel, printre altele, se stipulează că:

1. cadrele didactice itinerante și de sprijin sunt profesori ai școlii speciale care desfășoară activitate de adaptare și dezvoltare psihofiziologică a copilului deficient și acordă asistență psihopedagogică sau de specialitate elevilor deficienți integrați individual în școala de masă, în vederea depășirii dificultăților de învățare și de integrare socio-profesională;

2. aceste cadre vor ține seama de importanța ariilor curriculare următoare: terapii specifice, limbă și comunicare, matematică și științe, om și societate, tehnologie;

3. ele își desfășoară activitatea în clasă, în timpul orelor de predare, în parteneriat cu învățătorul/profesorul de la clasă numai la disciplina la care se constată că există probleme de înțelegere;

4. numărul de ore de activitate în clasă nu este fix, ci se stabilește prin acord între profesorul itinerant și cel de la clasă. Celelalte ore din norma didactică se efectuează în săli multifuncționale, cabinete de terapii specifice sau la domiciliu (în familie);

5. profesorul de sprijin lucrează cu copii sau elevi nedeplasabili, cu cei având dificultăți de învățare/dezvoltare ori cu cei prezentând deficiențe grave, severe, profunde sau asociate și care au fost integrați în școala publică la solicitarea părinților.

Deoarece există încă multă confuzie cu privire la aria de competență a profesorului itinerant/de sprijin, enumerăm mai jos atribuțiile sale profesionale, așa cum apar în documentul deja citat:

- elaborează și propune echipei de lucru programe personalizate de servicii educaționale;
- propune echipei de lucru elevii selectați pentru intervenție personalizată;
- asigură programe curriculare adaptate posibilităților de dezvoltare și învățare ale copiilor cu dizabilități;
- evaluează rezultatele aplicării programelor curriculare adaptate;
- colaborează cu învățătorii și profesorii claselor în care sunt integrați elevi deficienți, cu precizarea modalităților de lucru pentru fiecare capitol, temă, lecție;
- predă în parteneriat pe durata întregii activități;
- este prezent în clasă în calitate de observator, consultant și co-participant;
- organizează activități de intervenție personalizată în clasă sau în afara clasei;
- desfășoară activități terapeutic-ocupationale individuale și de grup;
- acordă asistență psihopedagogică în următoarele sfere: cognitivă, lingvistică, psihomotorie, afectiv-motivațională;
- realizează activitatea de evaluare și programa curriculară concretizată prin evaluarea potențialului de învățare al elevului și elaborarea de programe specifice sau adaptate pe curriculumul școlar;
- proiectează și realizează activitatea de învățare individualizată ce vizează învățarea curriculară propriu-zisă, dar adaptată la un alt context, diferit de cel al clasei.

Mai recent, „Planul Național de Acțiune cu privire la accesul la educație pentru copiii cu nevoi educaționale speciale”¹⁶ include cadrul temporal al evoluțiilor viitoare în domeniu. Astfel, până în 2008 se prevede creșterea numărului de elevi integrați și evaluarea periodică a rezultatelor, transformarea *tuturor* școlilor speciale în „centre de îndrumare” și implementarea unui sistem de intervenție precoce. Documentul operează și cu o sintagmă nouă: „copii și tineri cu nevoi educaționale speciale (NES)”. Printre diversele măsuri

¹⁶ Proiect finanțat de Comisia Europeană și Guvernul României (reprezentat prin MEC) și realizat de Asociația pentru Politica de Securitate Socială și Cercetare (*Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.*).

vizând „inclusiunea și integrarea în școlile obișnuite”¹⁷, se specifică faptul că „toți profesorii își asumă răspunderea pentru toți elevii, indiferent care sunt nevoile lor individuale. Acesta este un factor crucial în promovarea integrării sociale și trebuie să formeze parte integrantă din politici. Cu toate acestea, un factor critic poate fi și faptul că toți profesorii trebuie să dobândească cunoștințe și deprinderi profesionale în așa fel încât să fie capabili să facă față acestei probleme” (*ibid.*, p. 11).

În continuare, se mai arată că, în general, toate școlile speciale pot fi transformate în centre de îndrumare (la nivel zonal sau regional). Sarcinile acestora vor fi următoarele:

- asigurarea activităților de formare și dezvoltare profesională pentru profesori;
- elaborarea și diseminarea unor materiale specifice și implementarea unor abordări educaționale noi;
- sprijin pentru școlile obișnuite și pentru părinți;
- ajutor pe termen scurt pentru elevi;
- sprijin în vederea intrării pe piața forței de muncă. „Pentru ca activitatea centrelor de îndrumare să fie eficientă, cooperarea dintre școlile speciale și cele obișnuite este esențială. În plus, trebuie să existe o cooperare strânsă cu celelalte instituții de sprijin, de exemplu, centrele logopedice și de consiliere școlară” (*ibid.*, p. 12).

În ceea ce privește activitatea de predare, „baza muncii educaționale este reprezentată de un Plan Educațional Individual (PEI), care este elaborat și implementat în colaborare, de către școala obișnuită și centrul de resurse”. Precizându-se faptul că o parte dintre copiii cu NES pot urma programa școlară normală (dacă sunt asistați), în vreme ce alții au nevoie de o programă școlară adaptată, se arată că „predarea în contexte integratoare poate fi efectuată în următoarele feluri: prin diferențiere internă; la materiile individuale, prin diferențiere externă; prin crearea unor clase speciale, incluse în școala obișnuită” (*ibid.*, p. 14).

Profesorii de sprijin de la centrele *speciale* de îndrumare au rolul de a-i consilia și susține pe cei de la centrele *generale* de îndrumare și, în cooperare cu aceștia, pe elevii cu NES și pe părinții lor. De asemenea, personalul didactic al centrului de resurse își va asuma o parte importantă a activității de diagnosticare a elevilor cu NES, în cadrul comisiilor interne pentru evaluare continuă. Până în anul 2005, fiecare județ trebuie să dispună de cel puțin un centru de resurse, cu rol de „școală pilot” și furnizor de bune practici pentru celelalte școli speciale.

¹⁷ Probabil cei doi termeni sunt considerați ca echivalenți în acest context. De altfel, și Alois Gherguț (*op. cit.*, p. 12) era de părere că „practic, aria semantică a conceptului de educație incluzivă înglobează aproape în totalitate aria semantică a conceptului de educație integrată”.

Centrele de resurse pot oferi cursuri în domenii speciale care să fie frecventate de copiii de la școlile în care au fost integrați. Acestea pot fi ținute zilnic sau la sfârșit de săptămână, o singură dată sau periodic, pe un interval de timp mai mare. Exemple:

- curs de tranziție (curs de orientare profesională) pentru elevii cu dizabilități fizice din clasele a VIII-a și a IX-a (cu durată de o săptămână);
- educație fizică, cu accent pe funcțiile psihomotorii, pentru elevii din ciclul primar (o dată pe săptămână, în condițiile în care aceștia pot fi aduși de către părinții lor);
- curs de pregătire cu accent pe terapia prin joc pentru copiii preșcolari, în scop preventiv (o dată pe săptămână);
- consiliere privind utilizarea mijloacelor tehnice de sprijin, destinat copiilor cu deficiențe de auz sau de vedere, în colaborare cu centrele regionale de resurse (cu durată de o zi);
- formare pentru orientare și mobilitate, precum și a deprinderilor zilnice, destinat copiilor cu deficiențe de auz și de vedere (desfășurat anual, timp de două săptămâni, în cursul vacanțelor școlare) (*ibid.*, p. 17).

Intervențiile terapeutice vor fi acordate, de regulă după-amiaza, fie în cadrul grădinițelor și școlilor obișnuite (în care copilul cu N.E.S. este integrat), fie în grădinițele și școlile speciale (cu deplasarea copilului la aceste unități). „În plus, terapeuții vor explica principiile și obiectivele fiecărei terapii personale didactice de la școlile și grădinițele obișnuite, pentru ca scopurile terapeutice să fie sprijinite în situațiile cotidiene” (*ibid.*, p. 16).

Decizia privind locul unde va învăța copilul cu NES și modul în care el va trebui sprijinit aparține Comisiei pentru Protecția Copilului, cu aprobarea inspectoratului școlar.

Serviciile Specializate pentru Evaluare Complexă din subordinea ANPCA vor identifica cât mai precoce nevoile de intervenție timpurie ale copiilor cu vârste de până la trei ani. „Intervenția timpurie presupune o abordare multidisciplinară, adică cu profesioniști din diferite discipline care trebuie să lucreze împreună” (*ibid.*, p. 19) și trebuie considerată la nivel social, medical, psihologic și educațional.

În ceea ce privește formarea profesională și ocuparea forței de muncă, tinerii cu NES sunt îndreptățiți la aceleași oportunități ca și tinerii obișnuți. Școlile profesionale speciale trebuie să fie deschise tuturor, așa cum și tinerii cu NES trebuie să aibă posibilitatea de a învăța în școlile profesionale obișnuite. „Tinerilor care au handicapuri atât de severe încât nu pot lucra pe piața liberă a forței de muncă trebuie să li se asigure un loc de muncă într-un atelier protejat” (*ibid.*, p. 20).

Mai mult, „instituțiile protejate vor accepta și persoane cu un grad atât de sever de handicap încât nu sunt în stare să producă în muncă rezultate care să poată fi valorificate din punct de vedere economic. Pentru aceste persoane trebuie să existe o zonă integrată de sprijin și activitate (adică un spațiu și un personal asigurat pentru a avea grijă de aceste persoane)” (*ibid.*, p. 21).

În ceea ce privește copiii cu polihandicap, „școlile obișnuite trebuie să înființeze clase pentru copiii cu deficiențe severe și multiple care vor coopera cu școala obișnuită în cadrul vieții școlare zilnice. Școlile vor fi selectate astfel încât, dacă se asigură un sistem de transport, să poată fi frecventate de cel mai mare număr de copii cu deficiențe severe și multiple din zona de responsabilitate a instituției respective” (*ibid.*, p. 23).

Într-o școală obișnuită pot funcționa maximum cinci clase cu câte 6-8 copii (adică nu mai mult de 40 de elevi cu deficiențe multiple și severe). Clasele vor fi alcătuite în funcție de nivel și nu de an de studiu (un nivel poate cuprinde, de exemplu, copii cu vârste între șase și nouă ani).

Formarea profesorilor (inițială și, respectiv, continuă) se va face pe două direcții: una a transferului de competențe de diagnostic (cu concretizare în cerința elaborării unui raport) și o alta referitoare la dobândirea competențelor de predare, ținând cont de particularitățile integrării în școlile obișnuite.

Părinții copiilor cu NES vor fi implicați ca parteneri cu drepturi depline în procesul de educare, dar și în luarea deciziilor. Trei sunt situațiile în care opinia lor va fi solicitată:

- stabilirea nevoilor educaționale speciale ale copilului lor;
- alegerea tipului de școală în care copilul va fi educat;
- elaborarea PEI și selectarea metodelor și mijloacelor de predare adecvate.

Rezultatele preliminariei ale acțiunii de integrare în învățământul de masă a copiilor cu deficiențe ușoare și medii au scos la iveală atât aspecte pozitive, încurajatoare, cât și situații problematice, care trebuie remediate de urgență. Printre cele mai importante, cităm următoarele (C. B. Buică, 2002, pp. 59-63):

I. Constatări privind atitudinea elevilor obișnuiți față de integrarea copiilor cu CES [cerințe educative speciale] în clasele normale

Aspecte pozitive:

- Elevii cu CES au fost acceptați în cadrul colectivului școlar.
- Sunt priviți ca fiind colegi de clasă și tratați ca atare.
- Există interes pentru comunicare și interacțiune cu acești elevi.
- Se manifestă o accentuată atitudine de sprijinire a acestora atât în plan școlar, cât și social.
- Ponderează temerile propriilor părinți referitoare la impactul negativ pe care prezența elevilor cu CES o poate avea asupra lor.
- Au o bună imagine a performanțelor acestora la diferitele discipline școlare.
- Manifestă convingerea că este posibilă îmbunătățirea performanțelor și comportamentului noilor colegi ca urmare a integrării.
- Conform copiilor obișnuiți, majoritatea cadrelor didactice îi tratează cu bunăvoință pe colegii lor cu CES.
- Elevii cu CES nu sunt percepuți ca fiind sursa unor dezavantaje individuale esențiale.

- Este respinsă ideea ca ei să fie încadrați în clase speciale, chiar dacă acestea sunt organizate în școala lor.

Aspecte negative:

- Deoarece nimeni nu le-a explicat situația particulară a acestor elevi, copiii obișnuiți au, în general, o percepție eronată referitoare la trăsăturile de specificitate ale acestora.

- Deoarece mulți dintre colegii lor cu CES provin din familii sărace, există tendința de a interpreta dificultățile lor școlare prin prisma problemelor sociale;

- Consideră că succesul acestora la învățătură este în principal o problemă de voință și efort.

- Datorită întreținerii unui climat competițional, elevii cu CES sunt considerați ca responsabili de diminuarea performanțelor grupului (fiind cei ce „trag în jos” media clasei).

- Apar frustrări datorită interpretării eronate a evaluării diferențiate (e.g. „de ce mi s-a pus nota 8 la o problemă de matematică dificilă, în timp ce el a primit nota 10 la o întrebare foarte simplă?”).

- Părinții sunt considerați ca principalii răspunzători de performanțele școlare scăzute ale elevilor cu CES.

- Deși există o atitudine binevoitoare față de noii lor colegi, gradul de comunicare și interacțiune cu aceștia este încă foarte scăzut.

- Se constată o totală lipsă de informare cu privire la modalitățile concrete de ajutorare a elevilor cu CES.

II. Constatări privind atitudinea părinților elevilor obișnuiți față de integrarea copiilor cu CES în clasele normale

Aspecte pozitive:

- Părinții elevilor normali percep ca fiind o măsură echitabilă acțiunea de integrare a copiilor cu CES atâta timp cât proprii lor copii nu au de suferit și cât cadrele didactice sunt abilitate să lucreze cu această categorie de elevi.

- Consideră că proprii lor copii se pot dezvolta normal dacă comportamentele aberante ale celor cu CES sunt ținute sub control și nu devin surse de imitație.

- Sunt de acord, în principiu, că locul persoanelor cu handicap este în societate.

Aspecte negative:

- Părinții elevilor normali nu cunosc nimic despre trăsăturile de specificitate ale copiilor cu CES.

- Pentru că doresc să-și protejeze proprii copii de orice influențe negative, sunt înclinați să militeze pentru menținerea învățământului special segregat, unii fiind totuși receptivi la soluția integrării unor clase din școala specială în cea de masă.

- Confundă competențele medicului psihiatru cu cele ale profesorului de educație specială.

- Nu au nici un fel de informații cu privire la atribuțiile profesorului de sprijin.
- Consideră că activitatea cadrului didactic nu trebuie deturnată în favoarea elevilor cu CES, aceștia având mai degrabă statutul de „tolerați” decât de „incluși”.

- Au dubii cu privire la fiabilitatea acestei inițiative în condițiile actuale.
- Nu cred că școala normală poate oferi un standard de calitate acceptabil propriilor copii dacă este nevoită să se adreseze și celor cu CES.
- Se tem ca, în condițiile actuale ale societății românești, trecerea de la un climat competițional la unul de tip cooperativ poate dăuna atitudinii generale viitoare a propriilor copii în fața problemelor vieții cotidiene.

III. *Constatări privind atitudinea corpului profesoral obișnuit față de integrarea copiilor cu CES în clasele normale*

Aspecte pozitive:

- Cadrele didactice înțeleg, în marea lor majoritate, rațiunile care stau la baza acestui demers atâta timp cât nu vor apărea perturbări ale desfășurării orelor (respectarea programei analitice, stimularea educativ-formativă a elevilor sau păstrarea unui climat de ordine și disciplină), ale structurii catedrelor și normelor didactice (prin supraîncărcarea schemei de posturi cu profesori de sprijin, prin aglomerarea claselor), ale nivelului de solicitare nervoasă (datorită eforturilor deosebite pe care le implică activitatea cu copiii cu CES).

- Acceptă în clasele lor elevi integrați individual (maxim trei), în condițiile unei orientări școlare atente și a asigurării sprijinului didactic specializat.

- Își manifestă disponibilitatea de a urma cursuri de perfecționare (module psihopedagogice) și de a colabora cu specialiști din afara școlii.

Aspecte negative:

- Se remarcă o atitudine de rezistență la schimbare mai ales din partea cadrelor didactice cu vechime mare în învățământ, care percep activitatea cu elevii integrați ca pe o solicitare suplimentară, neremunerată corespunzător.

- Persistă opinia că cel mai bun loc pentru educarea elevilor cu CES rămâne școala specială, deoarece acolo există programele, specialiștii, materialele și echipamentele adaptate nevoilor acestor copii.

- Consideră că integrarea unei clase speciale în școala normală este mai rezonabilă decât integrarea individuală a copiilor cu CES în clasele obișnuite.

- Există temerea că prezența acestor copii va afecta negativ performanțele școlare ale elevilor obișnuiți și va altera climatul psihosocial al clasei (datorită tulburărilor de comportament, discriminărilor inerente în evaluare, modificărilor orarului zilnic).

- Nu este cunoscut rolul profesorului de sprijin, acesta fiind perceput în consecință drept „uzurpator” al competențelor titularului.

- Este reclamată lipsa unei pregătiri minime în domeniul psihopedagogiei speciale.

- Se manifestă îngrijorarea față de apariția unei dispute între părinții copiilor obișnuți, pe de-o parte, și cei ai copiilor cu CES, pe de altă parte.
- Se constată preocuparea de a nu fi trase la răspundere pentru eșecul școlar al elevilor integrați sau pentru neglijarea elevilor obișnuți ca urmare a atenției acordate celor cu CES.
- Nu cunosc criteriile de evaluare a propriilor performanțe în activitatea didactică și, consecutiv, modul în care se va face evidențierea (premierea) celor care obțin rezultate deosebite în activitatea cu elevii cu CES.
- Este dificil de conceput trecerea de la mediul școlar concurențial, la unul cooperant, în condițiile menținerii unei motivații înalte pentru învățare atât la elevii obișnuți, cât și la cei cu CES.

Procesul de tranziție de la sistemul educației segregate la cel al educației integrate nu are cum să fie unul simplu. Copiii cu nevoi educaționale speciale trebuie tratați la fel ca ceilalți copii, dar, în același timp, trebuie să se țină seama de limitările impuse de dizabilitățile lor specifice. Astfel, fiecare dintre aceștia are dreptul la:

- a-i fi acceptate diferențele individuale;
- a-i fi încurajată independența și responsabilitatea;
- a-și fixa propriile sarcini și scopuri;
- a avea aspirații înalte, dar realiste;
- a fi încurajat în cursul învățării;
- a fi evaluat în mod pozitiv (apreciere în caz de succes sau critică de tip constructiv în caz de eșec) (B. Wade și M. Moore, *op. cit.*, p. 30). „Copiii cu handicap au, de regulă, dificultăți de adaptare la mediul școlar chiar și atunci când atitudinile și comportamentul cadrelor didactice și ale grupului de vârstă sunt pozitive. Pentru început, mulți copii normali întâmpină probleme în adaptare; mai important, copiii cu nevoi speciale trebuie să se acomodeze cu specificul dizabilității lor și cu diferența dintre ei și ceilalți copii din clasă. Este greșit a-i trata pe acești copii [cu dizabilități – n.n.] ‘exact ca pe ceilalți’. Dizabilitățile lor îi fac să fie diferiți și o parte a trebuințelor lor de învățare constau în deschiderea ce permite înțelegerea naturii problemei lor și găsirea căilor de maximizare a potențialului acestora. Mai degrabă, prezența acestor copii trebuie să reprezinte o permanentă reamintire a faptului că toți copiii sunt diferiți și că aceasta ar trebui să ajute la concentrarea atenției pe diversitatea potențialului și a nevoilor manifestate de copiii normali” (*ibid.*, p. 26).

13. 5. „EDUCAȚIE INTEGRATĂ” SAU „EDUCAȚIE INCLUZIVĂ”

Ingemar Emanuelsson (1998, p. 101) opina că „integrarea trebuie înțeleasă, studiată și evaluată ca *proces* în cadrul grupurilor. De aceea, este greșită și regretabilă folosirea conceptului de integrare mai mult sau mai puțin ca sinonim pentru plasament în grupuri”. Derivă de aici o observație interesantă: de foarte multe ori, integrarea educațională este considerată încheiată dacă copilul cu

cerințe educative speciale a fost transferat din școala specială în cea de masă. El rămâne pe mai departe etichetat ca „handicapat” sau „special”, fiind perceput atât de către colegii săi, cât și de către cadrele didactice ca un „corp străin”, o „curiozitate pedagogică” ce nu aparține cu adevărat colectivului școlar. Înscrisa copilului cu handicap în catalogul clasei și așezarea lui în aceeași bancă cu un copil normal nu determină automat acceptarea sa ca membru valoros și dezirabil al colectivității școlare. Din acest motiv, sunt autori care merg mai departe și definesc conceptul de *incluziune* ca un stadiu avansat al procesului de integrare, de unde și sintagma „școala pentru toți” (*the school for all*). „Termenul ‘incluziv’ reflectă capacitatea unui grup de a forma o unitate a membrilor săi, indiferent dacă aceștia sunt normali sau deficienți, și de a acționa ca atare. Într-un astfel de colectiv, nu persoana cu nevoi speciale este dator să se adapteze la cerințele grupului, ci grupul însuși găsește acea manieră adecvată de a deveni accesibil individului cu handicap” (C. B. Buică, 2000, p. 106).

Căutând o precizare mai exactă a sensului conceptului de incluziune, I. Emanuelsson (*ibid.*) considera că „în loc să vorbim despre ‘copilul integrat’, este mult mai corect să luăm în discuție provocările inițierii și menținerii unui ‘grup integrat’. Acest fapt necesită combaterea intențiilor și proceselor segregacioniste. Făcând aceasta, grupul va dezvolta pe viitor o comuniune (*togetherness*) și va deveni o unitate de lucru în care fiecare va participa pe deplin. Acesta este sensul educației incluzive”.

Școala incluzivă reprezintă, așadar, un pas mai departe în procesul de atenuare și eliminare a barierelor educaționale dintre copiii obișnuiți și cei cu diverse dizabilități. Desființarea completă a învățământului special și a formelor de pregătire a cadrelor didactice pentru acesta, așa cum propun unii susținători ai ideii de „școală pentru toți”, poate avea sens doar în condițiile unei societăți și ale unei mentalități pregătite pentru acest gen de „unitate în diversitate”. Paradigma școlii incluzive propune ca noțiunea de „curriculum standardizat” să fie abandonată în favoarea unui curriculum centrat pe copil care să valorifice potențialul său de învățare și nu să răspundă anumitor obiective și scopuri generale, astfel încât elevul să aibă satisfacția că învață pentru propriul său interes. După D. Fuchs și L. S. Fuchs (1994), promotorii ideii de educație incluzivă contestă utilitatea unui curriculum standardizat care amplifică distincția dintre cei ce sunt capabili să se ridice la nivelul cerințelor sale și cei ce nu au acest potențial. Principalele lor argumente sunt în număr de trei și anume că: a) nici un conținut nu poate identificat ca fiind strict necesar pentru a fi învățat de către toți elevii; b) nu ține cont de diferențierea trebuințelor elevilor și nici de experiențele de viață și stilurile de învățare ale acestora; c) este lipsit de sens și de atractivitate pentru mulți elevi. Ca soluții alternative se propun, pe de o parte, abolirea completă a educației speciale și, pe de altă parte, conceperea unui curriculum foarte larg care să includă mai degrabă formarea unor deprinderi sociale și funcționale (operaționale) decât a unora exclusiv academice. D. Fuchs și L. S. Fuchs (*ibid.*) remarcă caracterul utopic,

nerealistic al acestor idei, insistând mai ales asupra lipsei de considerație pentru nevoile copiilor cu handicap sever. De pildă, o atenție scăzută este acordată formării și consolidării deprinderilor elementare în cazul copiilor cu dizabilități severe, deprinderi ce sunt deja funcționale la copiii normali.

Pentru mulți practicieni însă, educația integrată este sinonimă cu cea incluzivă, atâta timp cât intervenția este centrată pe copil iar acesta nu mai este etichetat ca „handicapat” ori cu „nevoi educaționale speciale”. Cadrul didactic titular, lucrând în parteneriat cu profesorul de sprijin, nu face altceva decât să recunoască colectivul școlar ca un tot, în care fiecare elev reprezintă un caz în sine, ce necesită o abordare personalizată. Elevul cu dizabilități devine, în aceste condiții, o variație extremă a unei stări de normalitate, reclamând metode adaptate particularităților sale. „Educația incluzivă presupune un proces permanent de îmbunătățire a instituției școlare, având ca scop exploatarea resurselor existente, mai ales a resurselor umane, pentru a susține participarea la procesul de învățământ a tuturor elevilor din cadrul unei comunități” (M. Ainscow, 1999, p. 9).

Acest proces implică, în mod necesar, o proiectare specifică a strategiilor de învățare, caracterizată de flexibilitate, efectivitate, eficiență, diversitate, dinamică, interacțiune și cooperare, creativitate, globalitate și, respectiv, interdisciplinaritate (E. Vrășmaș, 1998). Perspectiva curriculară, adecvată educației incluzive, pomește de la următoarele premise:

- Orice copil poate întâmpina dificultăți în activitatea școlară.
- Fiecare elev are nevoie de atenție din partea cadrului didactic, iar dificultățile marcante, generate de tulburări ale învățării, pot fi rezolvate împreună în clasă, prin utilizarea tuturor resurselor.
- Rezolvarea curentă a acestor dificultăți devine o modalitate de ameliorare a procesului de predare – învățare, prin descoperirea unor procedee noi de soluționare colectivă a problemelor.
- Aceste ajustări conduc la apariția unor condiții mai bune de învățare pentru toți elevii.
- Profesorul nu poate fi lipsit de sprijinul necesar perfecționării competențelor sale în aria problemelor speciale ale învățării (*ibid.*, p. 98).

C. J. Smith și R. Laslett (1993, pp. 3-13) formulau în mod plastic patru reguli privitoare la managementul clasei, aplicabile și în cazul educației incluzive, pe care le-am putea sintetiza în felul următor:

- *Debut rapid al lecției („get them in”)*: se referă, în principal, la cerința evitării dificultăților ce apar atunci când elevii nu sunt angrenați de la început în activități utile. Acest fapt se întâmplă, de regulă, atunci când profesorul consumă prea mult timp cu pregătirea materialului didactic sau a celui destinat sarcinilor individuale. Autorii consideră că trei faze sunt suficiente – salutul, așezarea în bănci și începerea lecției. Se recomandă ca, indiferent de subiect, fiecare lecție să debuteze cu o formă oarecare de activitate, astfel încât fiecare copil să fie preocupat de o sarcină concretă, în concordanță cu deprinderile și cunoștințele

sale. Această activitate pregătitoare, care nu poate dura mai mult de cinci minute, are drept scop fie recapitularea celor predate în lecția anterioară, fie pregătirea pentru noul conținut ce trebuie însușit.

- *Final planificat al lecției („get them out”)*: atrage atenția asupra importanței conceperii unei încheieri concludive a lecției, astfel încât elevii să fixeze principalele puncte-cheie ale conținutului studiat și să nu fie distrași de apropierea pauzei.

- *Conținut structurat al lecției („get on with it”)*: ia în considerare atât potențialul de învățare al elevului, cât și bagajul său de cunoștințe și deprinderi. Elevii cu tulburări de învățare au nevoie permanent de indicații și încurajări din partea profesorului pentru a atinge obiectivele propuse. Este necesară echilibrarea activității frontale cu sarcinile individuale pentru a păstra un ritm constant al predării dar, în același timp, și pentru a da elevilor posibilitatea să învețe în ritmul propriu. Un element esențial este maniera profesorului de a conduce activitatea didactică și de a comunica cu elevii săi. De exemplu, întrebările trebuie formulate astfel încât să surprindă capacitatea de operaționalizare a cunoștințelor și deprinderilor predate și nu să devină capcane pentru cei neatenți sau limitați la învățarea mecanică, de tip algoritmic.

- *Control asupra clasei („get on with them”)*: accentuează necesitatea cunoașterii diferențiate și aprofundate de către profesor a fiecărui elev, astfel încât el să devină conștient nu numai de capacitatea lui individuală de învățare, ci și de trăsăturile sale de personalitate. Profesorul este dator să-și cunoască elevii după nume și să li se adreseze în acest mod. Pe de altă parte, el trebuie să perceapă în mod corect „atmosfera” clasei, să intuiască schimbările pozitive sau negative ce pot apărea în cursul activității didactice și să o influențeze în sensul optimizării procesului de învățământ. „Educația incluzivă și reabilitarea pe bază comunitară reprezintă abordări complementare, care se sprijină reciproc, în favoarea acordării de servicii pentru persoanele cu cerințe speciale. Amândouă se bazează pe principiile includerii, integrării și participării, și reprezintă abordări verificate și eficiente ale promovării accesului echitabil al persoanelor cu cerințe speciale în domeniul educației, ca parte integrantă a unei strategii naționale dedicate realizării *educației pentru toți*” (DS, 1994, p. 9).

Mai mult decât atât, „dezvoltarea școlilor incluzive, ca modul cel mai eficient de a realiza educația pentru toți, trebuie recunoscută ca o politică-cheie la nivel guvernamental și trebuie să ocupe un loc privilegiat în planurile de dezvoltare ale tuturor națiunilor. Numai în acest fel se vor putea obține resursele necesare. Schimbările aduse acestor politici și priorități nu își vor putea dovedi eficiența în lipsa unor resurse adecvate. Hotărârea politică, atât la nivel național cât și la nivelul comunității, este absolut necesară în vederea obținerii de resurse suplimentare sau a redirectionării celor existente. În timp ce comunitățile trebuie să joace un rol decisiv în dezvoltarea școlilor incluzive, încurajarea și sprijinul din partea guvernelor este la fel de esențială în găsirea unor soluții eficiente și realiste” (DS, op. cit., p. 22).

Impactul incluziunii educaționale depline asupra învățământului de masă este contradictoriu, consecințele fiind atât pozitive, cât și negative (*apud* J. C. Jenkinson, *op. cit.*, pp. 154-157). Dintre avantaje am putea cita faptul că resursele adiționale devin accesibile tuturor elevilor (*e.g.* programe referitoare la dezvoltarea vorbirii și a limbajului), că se îmbunătățesc activitățile de grup și participarea la discuțiile purtate în clasă și, cel mai important, că se ameliorează atitudinile comunității față de persoanele cu dizabilități. Pe de altă parte, se pot acumula frustrări datorate atenției sporite pe care o primesc elevii cu dizabilități sau incapacității profesorului de a face față unor cerințe educaționale diferite manifestate în cadrul aceleiași clase. Un dezavantaj major, cel puțin în perioada de pionierat a educației incluzive, este acela al împovăririi școlilor ce acceptă înscrierea în clasele lor a copiilor cu dizabilități. „Există astfel riscul ca o școală binecunoscută pentru orientarea sa incluzivă să devină un fel de ‘școală-ciorchine’ (*cluster school*), atrăgând un număr disproporționat de elevi cu dizabilități și alterând scopul mai larg al educației incluzive, acela de a oferi fiecărui elev posibilitatea participării la școala din vecinătate” (*ibid.*, p. 155).

Pentru J. C. Jenkinson, pericolul cel mai mare rezidă în așteptările disproporționat de optimiste legate de modelul școlii incluzive. De pildă, una din premisele educației integrate este aceea că eșecul școlar se datorează contextului educațional și nu elevului în sine, fapt măcar în parte neadevărat.

Opinia noastră personală (și care trebuie luată strict ca atare) este aceea că educația incluzivă, așa cum este ea gândită în momentul de față, nu înseamnă mai mult decât un simplu exercițiu intelectual, atractiv pe hârtie, dar îndoielnic în practică. Sigur, nici o paradigmă științifică (educațională, în cazul discutat aici) nu poate fi concepută în detalii atât de bine conturate încât să nu genereze diverse disfuncționalități, unele de formă, altele de conținut. Mai mult decât atât, mărturisim faptul că experiența noastră în domeniul educației incluzive este preponderent academică și nu avem, în general, decât argumente de această natură pentru a comenta critic o experiență sau alta. Aceste constrângeri nu ne împiedică însă a sesiza anumite incoerențe apriorice care n-au nevoie de proba realității pentru a-și dovedi inconsistența. Le prezentăm mai jos cu intenția de a optimiza și nicidecum de a dezavua o inițiativă educațională extrem de ambițioasă și de novatoare în esența ei.

- Principiul optimismului pedagogic pare a-și atinge limitele în cazul educației incluzive, dacă nu cumva chiar le și depășește.

- Rezultatele strategiilor de învățare co-participativă sunt contradictorii și depind prea mult de contextul educațional considerat.

- Activitatea în echipă a cadrelor didactice (*team-teaching*) reprezintă, cel puțin în țara noastră, o experiență rară și limitată fie la o situație educațională dată, fie la niște obiective precis definite, fie la un interval de timp, fie la un anumit personal didactic, fie la toate patru deopotrivă. Putem constata mult prea des că munca în echipă nu constituie încă o componentă esențială a noii culturi profesionale în domeniul educației speciale, ci mai degrabă un ingredient al unui

program educațional sau altul, fiabil atâta vreme cât se derulează programul respectiv.

- Succesul integrării școlare (așa cum a debutat ea în țara noastră) depinde excesiv de mult de toleranța, pregătirea profesională și arta pedagogică a cadrului didactic titular care are în clasă sa și elevi cu dizabilități.

- Amploarea și profunzimea trecerii de la integrare la incluziune depinde în mod fatal de resursele financiare care alimentează acest proces.

J. C. Jenkinson, a cărei analiză critică a inspirat reflecțiile noastre, adăuga și un argument derivat din cercetare. Astfel, „numeroasele studii privind rezultatele sociale ale integrării au arătat că, fără o structurare activă a situațiilor în sensul facilitării interacțiunii sociale, încercările de școlarizare incluzivă (*inclusive schooling*) tind mai degrabă să conducă la respingere sau, în cel mai bun caz, la izolare și indiferență față de elevii cu dizabilități cărora le lipsesc deprinderile de a iniția un contact pozitiv cu cei de-o seamă” (*ibid.*, p. 157).

Cu alte cuvinte, fără o susținere și ajustare permanentă, procesul integrării se degradează, căpătând, cel puțin în etapele inițiale, aspect de „plantă de seră”. Impresia este cu atât mai jenantă cu cât scopul unui astfel de demers este tocmai acela de a crea o mai bună adaptare a persoanei cu handicap la condițiile „de exterior”, adică la existența reală, cu dificultățile și neajunsurile ei cotidiene.

Aceste rezerve nu ne împiedică să fim în favoarea integrării școlare și profesionale, ba chiar și a incluziunii (într-o perspectivă foarte îndepărtată), atâta timp cât acest proces va presupune:

- un concept fundamentat pe o viziune mai largă asupra reformei instituționale, cuprinzând domeniul educativ, economic, legislativ, politic etc.;
- o structură consistentă și bine articulată de elemente și relații, dominată de o logică internă și de o finalitate externă (adică nu o sumă de generalități și empirisme adunate într-un ambalaj conceptual îndoielnic și lipsit de aplicabilitate practică);
- o structură cu mare potențial de dezvoltare, adaptabilitate (situațională și individuală) și regenerare;
- un mecanism de feed-back autentic care să permită reproiectarea continuă a structurii, în vederea finisării dar și a revizuirii ei periodice;
- un set de servicii conexe de promovare a conceptului (*gen public relations*), de recrutare și perfecționare a personalului, de monitorizare a evoluțiilor în planul atitudinilor și mentalităților nu doar din comunitatea școlară, ci și din cea de referință (locală, regională, națională), de stabilire și întreținere a relațiilor cu alți parteneri (instituționali, comunitari, individuali).

Atâta vreme cât nu vom înțelege că problema integrării școlare a copiilor cu dizabilități nu constituie sarcina unui singur minister, a unui singur secretariat de stat sau a unei singure autorități naționale (indiferent cât de hegemoniste ar fi pretențiile ei) ci a societății luate ca întreg, nu vom face altceva decât să asistăm la demonetizarea unei idei altminteri generoase și realizabile între anumite limite. În loc să devină politică națională și valoare importantă pentru

fiecare cetățean, integrarea școlară (și, în consecință, cea profesională și socială) va rămâne la nivel de inițiativă individuală ori comunitară, viabilă în cadrul unor fundații, parteneriate locale, asociații ale persoanelor cu handicap sau aranjamente personale ale părinților copiilor cu dizabilități.

Desigur că problemele legate de procesul integrării nu se rezumă numai la copiii cu dizabilități sau cu tulburări de învățare, ci cazurile care conduc la eșec școlar, abandon ori segregare educațională sunt mult mai diverse sub aspect taxonomic. Vorbind de idealul „școlii pentru toți”, trebuie să ne referim la cuprinderea tuturor copiilor dezavantajați, indiferent dacă acest dezavantaj este de sorginte somatică, psihologică sau socială. Prin urmare, se impune crearea acelor structuri și servicii comprehensive care să poată face față cu succes situațiilor celor mai deosebite, cu precizarea că unitățile de învățământ special reorganizate vor lua în custodie numai acele cazuri incompatibile cu cerințele educației integrate (copiii cu handicap sever și profund sau cu polihandicap). În ideea facilitării procesului de integrare educațională, putem identifica trei principii majore, a căror coroborare în practică ar servi în mod eficient dezideratului formării unor atitudini permissive față de acesta (*ibid.*, pp. 64-65):

- *Informare*: este indispensabil ca informația corectă, completă, neutră, provenind din surse autorizate să fie ușor accesibilă cadrelor didactice din învățământul de masă. În cadrul activităților metodice se pot organiza informări periodice, urmate de discuții pe marginea aspectelor spinoase care să permită atât identificarea punctelor forte, cât și a celor inconsistente din strategia de integrare comentată. Aceste dezbateri trebuie să aibă întotdeauna în vedere situația concretă a școlii respective, pentru a fi precizate cât mai detaliat posibilitățile reale de transformare în unitate integrată, limitele de toleranță, pașii de urmat și durata de timp alocată fiecăruia. Concomitent, se impune corectarea permanentă a acelor reprezentări eronate referitoare la caracteristicile psihice și la capacitățile copiilor cu CES. Este de presupus că accesul optim la informație, participarea la cursuri de perfecționare în domeniul psihopedagogiei speciale, schimbul periodic de idei, opinii și cunoștințe, evaluarea realistă a succeselor sau eșecurilor înregistrate, formarea unor reprezentări adecvate cu privire la finalitățile și metodele specifice învățământului integrat să conducă în timp la depășirea reticențelor față de acest proces și la dobândirea competențelor necesare.

- *Colaborare*: este imperioasă stabilirea unei comunicări sincere și directe între toți cei implicați în acest proces: cadre didactice titulare, profesori itineranți/de sprijin, alți specialiști în educația specială, părinți ai copiilor obișnuiți, precum și părinți ai copiilor cu dizabilități. La nivel organizațional, se impune atât colaborarea reală între instituțiile cu atribuții în domeniu, cât și stabilirea unor contacte viabile cu comunitatea de referință.

- *Pragmatism*: este necesar să se țină cont de specificul fiecărui aspect luat în considerare. Orarul școlar, efectivul claselor, amenajările arhitectonice, starea de spirit a părinților, calitatea cadrelor didactice – toate (și încă multe altele)

constituie variabile care pot influența succesul integrării, într-o măsură ce trebuie cântărită foarte atent. Este util să se profite de experiențele locale reușite, dar să se și identifice factorii care au facilitat acest succes. De asemenea, nu trebuie neglijate posibilitățile de inserție socio-profesională a absolvenților, fapt ce obligă la prospectarea pieței muncii și la anticiparea eventualelor mutații cu doi, trei ani înainte, pentru a evita situațiile de șomaj. În fine, fondurile bănești destinate integrării trebuie să fie gestionate cât mai eficient, oprindu-se finanțarea acelor proiecte care nu dau rezultatele scontate (C. B. Buică, 2002, pp. 64-65). „În concluzie, strategiile de formare a unei atitudini pozitive a cadrelor didactice față de integrare trebuie să țină cont atât de rezervele, temerile și prejudecățile individuale, dar și de situația concretă a fiecărui copil integrat în școala obișnuită, precum și de contextul complex în care se desfășoară. Procesul este lung și dificil, dar succesul va depinde la fel de mult de atitudinea celor chemați să-i dea viață, cât și de profesionalismul articulării sale. Reforma în învățământ nu se poate face fără oameni, iar cadrele didactice trebuie să se simtă asigurate și sprijinite în acest demers pentru a putea spera la un bilanț pozitiv” (*ibid.*, p. 67).

13. 6. PLANIFICAREA PROGRAMULUI DE INTEGRARE SOCIALĂ

Programul de integrare socială presupune o structurare multietajată a formelor de intervenție, plecând de la întreg la detaliu, de la principiu la indicație concretă, de la finalitate generală la obiectiv specific. El nu cade în responsabilitatea unei singure persoane, ci în cea a echipei multidisciplinare, ponderea fiecăruia dintre profesioniști variind atât în funcție de momentul intervenției, cât și de natura handicapului respectiv. El necesită reevaluări și reajustări permanente având mereu în prim-plan binomul „copil – societate”. Părinții și comunitatea trebuie antrenați ca parteneri în actul educațional-recuperator, iar urmărirea evoluției copilului trebuie să continue și după finalizarea programului.

Planul de servicii personalizat (PSP) este un instrument de planificare și coordonare a serviciilor și resurselor individuale ce vizează asigurarea continuității, complementarității și calității serviciilor, ca răspuns la cerințele multiple și complexe ale copilului cu dizabilități, pentru a rămâne integrat în comunitate sub toate aspectele existenței cotidiene. De asemenea, permite planificarea și coordonarea resurselor și serviciilor personalizate. PSP presupune un proces continuu, periodic, de revizuire și adaptare. Este un instrument ce oferă o viziune globală pe termen lung asupra acțiunilor întreprinse de un complex de servicii (de sănătate, educaționale, sociale, profesionale, rezidențiale). Are un caracter multidisciplinar și poate fi concretizat într-un *plan de servicii personalizat global*, respectiv un *plan de servicii personalizat sectorial*, pe domenii specifice (intervenție educațională, tratament medical de lungă durată, adaptare/readaptare socială, orientare școlară și profesională, integrare în muncă, menținere în mediul rezidențial sau familial, servicii paramedicale, ergoterapie, kinetoterapie, audiometrie, ortofonie, intervenție logopedică).

Planul educațional personalizat (PEP) este un instrument de proiectare și evaluare a activității de terapie desfășurată în cadrul instituțiilor educative (școli, grădinițe, centre de zi etc.) în scopul recuperării pe toate planurile a copilului cu CES. Acesta reprezintă un fel de „curriculum propriu” al fiecărui subiect cu handicap înscris într-o formă de educație și se realizează printr-un proces de adaptare a curriculumului din învățământul general la necesitățile, potențialul și interesele copilului cu CES. Trebuie să se țină cont de faptul că „este un proiect de acțiune, bazat pe o anticipare a devenirii copilului sau tânărului, în raport cu ‘coeficientul de educabilitate’ și ‘zona proximei dezvoltări’, privite dinamic. [...] Accentul se pune întotdeauna pe o abordare globală, sistemică a subiectului, deoarece chiar dacă se pornește de la analiza componentială a substructurilor psihice se ajunge, în cele din urmă, la surprinderea interacțiunilor și intercon condiționărilor dintre aceste componente. De asemenea, subiectul este analizat în devenirea sa, ținând seama și de contextele mediului său existențial: familial, școlar, al comunității din care face parte (de exemplu, urban - rural), impunându-se, deci, o abordare ecologică” (V. Preda, 2004, pp. 50-51).

Componentele sale esențiale sunt:

- *evaluarealreevaluarea*: este un proces complex prin care se urmărește obținerea informațiilor relevante despre copilul cu dizabilități inclus în programul educațional. Sunt luate în considerare toate palierele dezvoltării sale (medical, psihologic, educațional, social). Ulterior, acestea servesc elaborării profilului individual și selectării metodelor și activităților cu scop terapeutic. De asemenea, prin acțiuni de reevaluare periodică, programul educativ personalizat va fi ajustat sau redirectionat;

- *stabilirea obiectivelor pe termen scurt și lung*: constă în fixarea unor obiective diferențiate pe termen scurt și lung pentru diferitele domenii implicate în procesul de recuperare (psihologic, școlar, social). Acestea trebuie exprimate într-o formă măsurabilă și cuantificabilă, pentru a permite o evaluare optimă a rezultatelor;

- *selectarea activităților și a metodelor folosite în intervenție*: se referă la alegerea gamei de activități specifice domeniilor vizate în procesul educativ-recuperator, precum și a metodelor și procedeele care vor fi folosite în aceste activități. Acestea sunt stabilite în funcție de nivelul de dezvoltare a copilului și de natura handicapului, și sunt concretizate în fișe de progres educațional. În etapele ulterioare ale programului educativ, aceste fișe vor fi elocvente pentru vizualizarea evoluției, achizițiilor și performanțelor realizate și vor oferi informații legate de tipul, durata și frecvența activităților de care are nevoie un copil pentru a-și dezvolta etapizat funcțiile și procesele psihice;

- *stabilirea instituțiilor și a echipelor interdisciplinare participante*: vizează selectarea sistemului de servicii educaționale implicate în procesul recuperării și a categoriilor de specialiști ce vor lucra cu copilul. Varietatea handicapurilor ce derivă din deficiența primară necesită o intervenție recuperatorie orientată pe mai multe sectoare (logopedie, kinetoterapie, terapii de relaxare, terapii de expresie,

art-terapie etc.). În acest fel, activitatea de recuperare va fi realizată de o echipă multidisciplinară în care fiecare membru își alcătuiește propriul plan de intervenție personalizat, ce trebuie ulterior coordonat cu ale celorlalți parteneri;

- *cooperarea cu familia copilului și cu ceilalți membri ai comunității care vin în contact cu acesta*: este indispensabilă pentru asigurarea succesului programului terapeutic. Specialiștii implicați în program și familia copilului trebuie să colaboreze și să se coordoneze reciproc, mai ales în realizarea activităților proiectate la domiciliu. Astfel se asigură continuitatea programului și maxima lui adecvare la cerințele și posibilitățile copilului cu handicap (*apud* D. V. Popovici, 1999a, pp. 72-77). „În concluzie, procesele de adaptare curriculară și proiectare a unor planuri sau programe de intervenție constituie modalități esențiale prin care se dezvoltă personalitatea elevilor handicapați, asigurându-se, în acest mod, o adaptare la mediu sportivă, care determină, în final, integrarea educațională și socială în societate” (*ibid.*, p. 77).

De precizat că, în documentele mai noi, se utilizează denumirea de „plan educațional individual” (PEI).

Planul de intervenție personalizat (PIP) vizează un singur domeniu de intervenție și are ca obiectiv final elaborarea unui program individualizat în funcție de necesitățile, interesele, deprinderile, performanțele anterioare, precum și de nivelul funcțional actual ale fiecărui copil cu dizabilități. Programul este conceput în detaliu și pus în practică prin metodele cele mai adecvate stilului de viață al copilului. Evaluarea acestuia se face în funcție de progresele înregistrate la nivel funcțional. De asemenea, trebuie reevaluat și revizuit periodic. „Prin comparație, planul de servicii fixează obiectivele generale și stabilește prioritățile pentru a răspunde cerințelor globale ale individului (are un câmp de aplicare larg și se desfășoară pe o perioadă mai mare de timp), iar programul de intervenție precizează modalitățile concrete de intervenție prin care se ating scopurile vizate (câmpul de aplicare se limitează, de obicei, la un singur scop și reprezintă o etapă din planul de servicii)” (A. Gherguț, 2001, p. 19).

Aplicarea planului terapeutic presupune desfășurarea a trei faze succesive (orientare, dezvoltare și evaluare), flexibil intercorelate prin feedback-uri numeroase.

În cazul copiilor cu handicap sever și profund, principiile de care trebuie să se țină seama în elaborarea programelor personalizate sunt următoarele (*apud Curriculum pentru copii cu deficiențe <dizabilități> severe și profunde*, 2002, p. 10):

- Copilul cu dizabilități severe și profunde este, ca orice alt copil, un membru al comunității și trebuie privit ca o persoană cu drepturi și șanse egale la educație și dezvoltare plenară.

- Toți copiii cu dizabilități severe și profunde (inclusiv cei cu surdocecitate) pot și trebuie să beneficieze de programe educaționale adaptate nevoilor lor specifice, acceptate la nivel național, care să valorifice la maximum potențialul individual de învățare și care să le ofere șanse pentru o cât mai bună integrare

în societate; de acest principiu se leagă o premisă mai generală a educației conform căreia orice copil este unic și trebuie tratat ca atare.

- Situația copilului cu handicap sever și profund se poate ameliora chiar dacă evoluția lui este extrem de lentă; premisa generală a educației speciale este aceea că orice copil cu handicap este educabil.

- Stimularea copilului cu dizabilități severe și profunde trebuie să înceapă cât mai devreme posibil și să se permanentizeze; acest principiu implică obligativitatea depistării precoce a tuturor copiilor cu handicap, precum și intervenția educațională timpurie (luând în considerare „perioadele senzitive” ale dezvoltării).

- Orice intervenție educațională acționează în zona proximei dezvoltări; modelele de intervenție existente pot să se articuleze diferit pe tabloul psihodinamic al fiecărui copil, motiv pentru care depistarea „resursei-ancoră” este esențială în alcătuirea oricărui program (fapt posibil doar prin cunoașterea obiectivă și aprofundată a fiecărui copil).

- Programul conceput pentru copiii cu dizabilități severe și profunde trebuie să se sprijine pe dezvoltarea personală deplină a acestora, prin promovarea unor abilități sau competențe fundamentale, care să asigure în primul rând formarea identității de sine și a autonomiei personale, maturizarea afectivă, relaționarea cu cei din jur, rezolvarea de sarcini la nivel elementar, utilizarea conținuturilor învățate în viața de zi cu zi.

- Progresul copiilor cu handicap sever și profund devine posibil doar în condițiile unui parteneriat între specialiști, familie și comunitate. Transferul competențelor de la o categorie la alta de parteneri va duce la o incluziune individuală și socială mai eficientă.

- Educația și recuperarea copilului cu handicap sever și profund necesită programe personalizate, adaptate profilului și cerințelor acestuia. Organizarea recuperării se face prin PIP, care trebuie să delimiteze cu claritate obiectivele realizabile în dezvoltarea copilului și să asigure bugetul de timp necesar derulării fiecărei etape de formare și dezvoltare.

Într-un studiu recent (C. B. Buică, 2004a), atrăgeam atenția asupra câtorva aspecte sensibile referitoare la abordarea copiilor cu handicap multiplu și/sau sever. Astfel, în ceea ce privește implementarea programelor educaționale personalizate, se poate observa adesea un fel de „imperialism pedagogic”, concretizat, pe de o parte, în persistența anumitor stereotipuri ale proiectării didactice clasice, dependente de un anumit curriculum și de o anumită taxonomie a obiectivelor, iar, pe de altă parte, în asumarea cvasitotală de către intervenienți a inițiativelor și deciziilor, cu efect frenator asupra dobândirii autonomiei personale, chiar și într-o măsură parțială. Evident, necesitatea personalizării demersului educativ-terapeutic dincolo de o simplă ajustare a unui set dat de conținuturi, metode și finalități presupune un efort cognitiv și acțional mult mai intens, precum și asumarea unei marje de eroare mult mai ridicate. Sunt voci care susțin chiar că noțiunea de „curriculum” este inadecvată în cazurile-limită

(autism, surdocecitate asociată cu deficiență mintală etc.), fapt care nu ar conduce decât la o întoarcere la un empirism *sui generis*. De asemenea, cultivarea autonomiei personale (și sociale, acolo unde este cazul) la această categorie de subiecți este extrem de anevoioasă și de frustrantă, îndeosebi pentru intervenientul care așteaptă rezultate pozitive într-un interval de timp scurt. Mai mult, gradul de autonomie personală dobândit poate părea insignifiant în raport cu eforturile și așteptările părinților și educatorilor. Ceea ce se uită este însă că dezvoltarea simțului propriei identități nu se poate face decât prin participare activă și conștientă, în condițiile unei intenționalități bine conturate. Firește, orice exagerare în respectarea acestui principiu este la fel de neproductivă ca și contrariul; totuși, chiar și în cazurile severe, un gest sau o expresie facială pot constitui modalități de exprimare a unei trăiri sau a unei trebuințe conștientizate, implicând stabilirea unei conexiuni cu mediul și/sau cu intervenientul. Încurajarea acestor momente de manifestare individuală poate stimula, în timp, achiziția autonomiei personale, în grade diferite, și conturarea unui simț elementar al propriei persoane dacă nu al unui eu capabil de cristalizare. Acest fapt conduce la atingerea unui obiectiv asociat, și anume inițierea și menținerea unor relații de comunicare (în sensul cel mai larg al cuvântului), cu efect benefic asupra calității vieții persoanei respective. Eforturile de ameliorare a calității vieții nu trebuie să omită nici frecvențele regresii în dezvoltare sau agravări ale stării de sănătate, atrăgând după sine reformularea planului de servicii și a celui de intervenție personalizat. Asigurarea unui mod de viață cât mai apropiat de cel obișnuit în familia sau comunitatea de proveniență nu înseamnă nicidecum transferarea responsabilităților către acestea și asumarea unui simplu rol de îndrumare sau supraveghere. Instituțiile și persoanele abilitate rămân în continuare activ implicate în educarea și recuperarea copilului cu handicap multiplu și/sau profund dar în strânsă colaborare cu familia și comunitatea respectivă. Promovarea unei imagini publice decente (fără denigrări dar și fără false efuziuni sentimentale) constituie o condiție obligatorie a realizării unui parteneriat obiectiv și eficient în vederea ameliorării calității vieții la această categorie de persoane.

O problemă deosebită cu care cadrele didactice din școala obișnuită trebuie să se confrunte uneori este aceea a puberilor și adolescenților cu tulburări de învățare, la care, pe lângă deficiențele generatoare de eșec școlar, se mai adaugă întreaga paletă de frământări și căutări specifice redefinirii eului la această vârstă. Nevoia de apartenență la grup, de afirmare a personalității și de contestare a normelor și valorilor adulților amplifică tabloul disfuncționalităților care afectează performanțele școlare. În planificarea celor mai adecvate *strategii pentru adolescentul cu handicap*, anumite aspecte trebuie luate în considerare. Mai întâi, programul nu trebuie să-l izoleze de colegii săi obișnuiți. În perioada în care elevul cu tulburări de învățare a ajuns la adolescență, el a devenit foarte sensibil la eșec și de aceea are tendința de a considera majoritatea inițiativelor de ajutorare din partea școlii sau a familiei ca o încercare de a-l reduce la tăcere.

„Acești tineri sunt foarte conștienți că anumite strategii au conotații stigmatizate social, mai ales acelea care îl izolează de cursul obișnuit (*mainstream of*) al școlii și al vieții sociale. Într-o anumită perspectivă, plasamentul în clasă specială pare potrivit și uman, deoarece îl ferește pe tânăr de experiența eșecului școlar și, teoretic, îi permite să debuteze la propriul său nivel de performanță. Cercetarea, însă, a arătat că clasa specială segregată nu a fost, în cele mai multe din cazuri, mai generatoare de succes decât rezultatele obținute de tinerii handicapați cărora nu li s-a acordat nici un fel de ajutor special și care au fost lăsați să se lupte cu curriculumul școlar obișnuit” (R. W. Russell, 1974, pp. 160-161)¹⁸.

Plasamentul în clasa specială adeseori îl îndepărtează pe adolescent de tovărășia obișnuită, care este o trebuință fundamentală la vârsta adolescenței. Autorul nota o serie de comportamente de escamotare a situației stânjenitoare în care se simțeau puși adolescenții care erau nevoiți să circule cu un autobuz purtând sigla „Departamentul de Educație Specială” (ghemuire la podea sau furișare afară la prima oprire). De asemenea, adolescenții cu tulburări de învățare din clasa specială cereau să fie așezați cât mai aproape de perete pentru a nu fi observați de colegii lor normali. „Există suficientă capacitate intelectuală restantă la tânărul cu tulburări de învățare pentru a-i permite să înțeleagă pe deplin ce înseamnă plasamentul într-o clasă sau într-o școală specială, însă este extrem de dificil să fie convins că acest lucru se face într-adevăr pentru cele mai bune interese ale sale” (*ibid.*, p. 161).

În al doilea rând, orice program planificat pentru învățământul liceal în cazul tinerilor cu tulburări de învățare trebuie să fie cât mai puțin vizibil între celelalte programe destinate elevilor obișnuiți. De asemenea, manualele și alte materiale didactice auxiliare nu trebuie să fie cele folosite în învățământul primar (chiar dacă nivelul lexic al acestor elevi cu tulburări de învățare le barează accesul la materialele concepute pentru colegii lor normali). Se recomandă ca acestea să fie adaptate la nivelul înțelegerii și preocupărilor unui licean, pentru a evita complexe de inferioritate și atitudinile negativiste (*ibid.*, pp. 162-163).

A treia trăsătură necesară a strategiilor pentru adolescenții cu tulburări de învățare în școală este flexibilitatea. Majoritatea lor, deși se confruntă cu dificultăți la sarcinile școlare, au rezultate bune în activitățile extrașcolare. De exemplu, o adolescentă cu tulburări de învățare înregistrează bune performanțe la activități de gospodărire (*home economics*) dacă nu este constrânsă de teze și lucrări de control. Băieții excelează frecvent în activitățile de atelier dar au probleme în utilizarea fișelor de muncă, a caietelor de notițe și în trecerea examinărilor scrise. Mulți se descurcă la orele de educație fizică, dar eșuează la cele de educație pentru sănătate datorită cerințelor grafo-lexice. Mulți pot înțelege conceptele matematice dar se descurcă foarte greu cu calculele.

¹⁸ Lloyd M. Dunn (1968). Special Education for the Mildly Retarded – Is Much of It Necessary? *Exceptional Children*, sept., 5-21.

Dacă școala este suficient de flexibilă pentru a îngădui modalități de examinare orală, astfel de elevi ar putea arăta niveluri excelente de înțelegere și raționare pe baza celor învățate din cele văzute sau auzite în discuțiile din clasă. Mulți dintre ei, într-o situație de examinare pe bază de interviu, au arătat excelente capacități de gândire conceptuală și o bună stăpânire a materiei (*ibid.*, p. 164).

În al patrulea rând, orice program proiectat pentru tinerii cu tulburări de învățare trebuie să aibă expectații înalte privind succesul normal (*normal achievement*). De multe ori, o etichetare de genul „handicapat”, „elev cu capacitate lentă de învățare”, „elev cu tulburări de învățare”, „deficient neurologic”, „retardat educabil” tinde să plaseze tânărul într-o poziție în care i se va pretinde puțin deoarece este expectată o incompetență generală. Copilul cu tulburări de învățare se caracterizează printr-o mare discrepanță între cele mai bune și cele mai proaste capacități ale sale. Orice program pentru tinerii cu tulburări de învățare trebuie deci să pornească de la premisa că aceștia sunt normali în esență și poate fi expectată o adaptare normală a lor la cerințele vieții. Aceasta implică centrarea pe ariile indemne și utilizarea lor în vederea compensării celor ineficiente sau deficitare. De primă importanță este recunoașterea faptului că ineficiențele sau deficiențele tânărului cu tulburări de învățare sunt legate doar de sfera academică. Mulți profesori devin frustrați de performanțele acestuia deoarece ei tind să supraevalueze importanța comunicării scrise în însușirea unei anumite discipline școlare și să ignore realizările sale în aria vocațională. În mod sigur, reușita într-o anumită arie curriculară ar trebui să le indice acestor profesori că succesul este posibil. Toți tinerii cu tulburări de învățare, în experiența autorului, au domenii în care sunt interesați și în care pot avea succes dacă profesorul este îndeajuns de perseverent în a le pune în evidență. „Prin urmare, este o cerință fundamentală ca toți adulții ce se ocupă de tineri cu tulburări de învățare să aibă sentimentul că atingerea succesului este posibilă” (*ibid.*, p. 165).

A cincea trăsătură a strategiilor educaționale este aceea că programul trebuie adaptat la realitate și făcut relevant pentru nevoile imediate ale adolescentului. Cu siguranță, ceva poate fi ajustat în aproape toate ariile curriculare pentru a le face interesante pentru viața tânărului, devenind cerință obligatorie o dată cu apropierea vârstei majoratului. Munca pentru un patron determină un control mai bun al comportamentului decât alt aspect al vieții lor, incluzând familia și școala. În mod cert, notele școlare nu au același efect de întărire privind comportamentul adecvat cum se întâmplă cu plicul de salariu. Mulți tineri care nu au succes în programele vocaționale devin foarte performanți în activitățile de muncă salarizate. Ei consideră activitățile profesionale mai realiste, iar suma de bani câștigată contribuie puternic la întărirea acestui sentiment (*ibid.*, p. 166).

Sprijinul acordat tinerilor cu tulburări de dezvoltare trebuie, adeseori, prelungit și în cursul vieții adulte, deoarece o bună parte dintre ei nu vor fi pregătiți să devină independenți la vârsta de optsprezece ani. Acești tineri au tendința să se izoleze social, să locuiască încă cu părinții, complet legați de asistența parentală,

și să perpetueze comportamente adolescente. Sunt necesare servicii de consiliere pentru a-i ajuta să se adapteze treptat la cerințele unei existențe independente și responsabile, dificile dar și plină de satisfacții personale.

13. 7. PRINCIPIUL NORMALIZĂRII

„Se poate spune că, în general, persoana cu handicap își trăiește de trei ori handicapul: o dată pentru că este atins corpul sau spiritul său, a doua oară pentru că unele gesturi sau activități îi sunt, dacă nu imposibile, cel puțin dificile, și a treia oară din cauza barierelor în special psihologice pe care societatea le stabilește sau le menține vis-à-vis de persoana cu handicap” (D. V. Popovici, 2000, pp. 186-187).

Introducerea conceptului de *normalizare* are drept scop sublinierea artificialității acestor bariere pe care societatea le ridică, deliberat sau nu, în calea accesului persoanei cu handicap la condițiile vieții cotidiene.

Normalizarea nu înseamnă în nici un fel anularea dizabilităților, și nici negarea handicapului. Nu impune nici dilatarea conceptului de normalitate pentru a face să dispară condiția stării patologice. Se referă la adaptarea caracteristicilor vieții sociale astfel încât acestea să devină accesibile și persoanei cu handicap. Dacă înțelegem starea de handicap ca efect al relației dintre individ și mediu (fizic și social), atunci ea poate fi ameliorată intervenind asupra celor doi termeni. Prin umare, dacă prin strategiile educației speciale și ale diverselor intervenții terapeutice consecințele debilitante ale deficienței sunt compensate și diminuate facilitând *integrarea*, prin strategiile modelării organizaționale și ale amenajării ambientale cerințele mediului scad și devin maleabile permițând creșterea gradului de competență individuală și *normalizarea* situației sale.

Unul din teoreticienii normalizării a fost Niels E. B. Mikkelsen care o concepea ca pe un drept la persoanelor cu deficiență mintală de a duce o existență cât mai apropiată de parametrii vieții normale, fără a aspira însă la remedierea defectului ca atare. În același an (1969), Bengt Nirje prelua și dezvoltă conceptul, înțelegând prin normalizare „procesul prin care se asigură accesul la tiparele existențiale și la condițiile de viață cotidiană pe cât mai apropiat posibil de caracteristicile vieții obișnuite, pentru toate categoriile de persoane”¹⁹.

K. Grunewald (1969)²⁰ specifica faptul că normalizarea nu implică nici un fel de negare a handicapului deficientului mintal, ci, mai degrabă, valorificarea celorlalte capacități mintale și fizice, astfel încât handicapul acestuia să devină mai puțin sesizabil. W. Wolfensberger (1984) propunea înlocuirea termenului de „normalizare” cu cel de „valorizare”, în ideea că valorile care definesc ființa umană în plan social și o fac demnă de a fi stimată prevalează asupra handicapului respectiv.

¹⁹ B. Nirje (1970). The Normalization. Principle, Implications and Comments. *British Journal of Mental Subnormality*, 16 (apud D. V. Popovici, 1999a, p. 4).

²⁰ Karl Grunewald (1969). *The Mentally Retarded in Sweden*. Stockholm: The Swedish Institute.

Nivelurile normalizării sunt patru (fizică, funcțională, socială și societală), vizând accesul gradual al persoanei cu handicap la condițiile obișnuite de existență. Diferența față de nivelurile integrării este numai de orientare: de la societate către individ. V. Preda (1995, p. 84) observa că „principiul normalizării a antrenat o adevărată mișcare de integrare socială a persoanelor cu nevoi speciale, a cărei relevanță pe plan ideologic, respectiv pe planul politicii educaționale și al protecției sociale, este incontestabilă”.

Principiul șanselor egale constituie condiția principală a succesului oricărui demers de normalizare, iar calitatea vieții – măsura în care acest deziderat a fost împlinit.

După Bengt Nirje (1985)²¹, principalele erori în interpretarea și aplicarea principiului normalizării constau în:

- *Normalizarea înseamnă să faci oamenii normali.* Se confundă *normalizarea* (demers de echilibrare) cu *normalitatea* (stare de echilibru). De fapt, normalizarea reprezintă un set de reguli și proceduri ce trebuie implementate pentru a le permite persoanelor cu handicap să ducă un mod de viață cât mai apropiat de cel considerat normal (comun), inclusiv să facă acele alegeri pe care le consideră ca fiind cele mai potrivite pentru existența lor. Succesul normalizării se traduce în dispariția oricăror diferențe privind tratamentul aplicat persoanelor cu handicap (inclusiv „discriminarea pozitivă”), ceea ce are drept consecință conferirea acelorași drepturi și solicitarea acelorași obligații din partea acestora în conformitate cu poziția ocupată la un moment dat în ierarhiile sociale și/sau profesionale.

- *Serviciile speciale sunt incompatibile cu principiul normalizării.* Dacă este adevărat că în urma normalizării persoanele cu handicap au dreptul la aceleași tipuri de servicii aflate la dispoziția societății, aceasta nu înseamnă și dispariția diverselor forme de asistență specială. Diferența este aceea că astfel de servicii speciale nu sunt destinate exclusiv persoanelor cu handicap, ci fac parte dintr-un pachet de servicii comunitare accesibile oricărei persoane în dificultate. De asemenea, nu este obligatoriu ca numai persoanele cu dizabilități să beneficieze de acest tip de servicii sau ca ele să depindă permanent de acestea.

- *Normalizarea sprijină indivizii într-o societate lipsită de sprijinul necesar.* Plasarea neasistată a persoanelor cu handicap într-o comunitate este insuficientă și chiar contraproductivă dacă asistența corespunzătoare nu este asigurată. Normalizarea nu trebuie să rămână o simplă lozincă umanistă, ci să devină un proces realist, atent articulat și echilibrat, cu posibilități multiple de adaptare la realitate. Serviciile de sprijin trebuie acordate cu condițiile concrete în care se realizează integrarea unei persoane anume într-o comunitate-țintă.

- *Normalizarea este un concept care fie se aplică sub toate formele sale, fie deloc.* Această accepție aparține mai cu seamă „fundamentaștilor” noii

²¹ Cf. B. Perrin și B. Nirje (1985). A Critique of Some Frequent Misconceptions of the Normalization Principle in Australia and New Zealand. *Journal of Developmental Disabilities*, 11(2) (apud D. V. Popovici, *op. cit.*, pp. 12-15).

paradigme, celor ce își imaginează dispariția de facto a discriminării prin crearea unei culturi „incluzive” în care fiecare individ își poate găsi locul potrivit capacităților și aspirațiilor sale, indiferent de handicapul luat în considerare sau de mentalitatea și gradul de civilizație al societății respective. Dacă nivelul normalizării societale rămâne un deziderat demn de a fi realizat, nu înseamnă că acest lucru este posibil acum, mai ales în ceea ce privește societatea românească. Prin urmare, este mai utilă o aplicare graduală a acestui principiu, asigurându-se sprijinul necesar atât împlinirii nevoilor și aspirațiilor individuale, cât și desfășurării nestânjenite a vieții sociale.

- *Principiul normalizării este aplicabil numai persoanelor cu handicap mintal.* Deși a fost gândit inițial pentru acestea, el este valabil pentru toate categoriile de persoane cu dizabilități, inclusiv pentru cele cu deficiențe asociate. Firește, și gradul de implementare a acestui principiu va depinde în mod semnificativ de tipul și gradul handicapului considerat.

- *Persoanele cu handicap mintal trebuie protejate de rigorile vieții sociale, deci ele nu se califică pentru procesul de normalizare.* Cercetări desfășurate în ultimele decenii au arătat că persoanele cu handicap mintal ușor și moderat pot dobândi cunoștințe și deprinderi utile adaptării la cerințele vieții socio-profesionale, precum și ducerii unei existențe autonome sau parțial-autonome.

- *Normalizarea este un concept scandinav aplicabil ca atare oriunde în lume.* O eroare frecventă este aceea că se consideră suficientă reproducerea exactă a structurilor și procedurilor ce s-au dovedit eficiente în țările scandinave pentru a obține aceleași rezultate într-o cultură diferită (atât ca grad de dezvoltare, cât și ca mentalitate). Ceea ce trebuie să se rețină este esența acestui principiu („filozofia” sa), modurile particulare de aplicare și nivelul până la care se poate avansa depinzând de la țară la țară.

- *Normalizarea este un concept utopic, fără aplicabilitate practică.* În țările unde normalizarea deja a debutat, studiile de control au indicat rezultate pozitive, justificând investițiile și eforturile de reformă instituțională și de mentalitate depuse.

13. 8. IGIENA MINTALĂ A PERSOANELOR CU HANDICAP

Ramură a igienei generale și sociale, igiena mintală are drept domeniu de activitate „elaborarea și aplicarea unor măsuri de păstrare și consolidare a sănătății omului, care să contribuie substanțial la procesul de adaptare a individului la mediu” (C. Gorgos, 1988, p. 412).

Igiena mintală întreține o multitudine de relații interdisciplinare atât cu științele exacte, cât și cu cele umaniste. Ea nu poate fi separată de măsurile de psihoprofilaxie (primară, secundară, terțiară). Programul de igienă mintală privește atât individul, cât și comunitatea din care el face parte și se axează pe măsuri de ordin terapeutic, profilactic și social. „Igiena mintală este o acțiune medico-psiho-socială complexă, care implică antrenarea modelului socio-cultural în aplicarea ei. Ea este o consecință a valorilor modelului social, a mentalității sociale și imaginii sociale a omului” (C. Enăchescu, *op. cit.*, p. 190).

Dacă orice formă de igienă mintală se bazează pe o anumită concepție despre lume, atunci „pentru societățile deschise, igiena mintală este formula care-și găsește posibilitatea liberă și deplină de afirmare. Ea este o acțiune de promovare, protejare și dezvoltare a stării de sănătate mintală pentru toți membrii societății respective. Pentru societățile închise, igiena mintală este înlocuită cu igiena socială, care impune criterii de selecție formală de tip discriminatoriu. Criteriul unic este conservarea integrității individului și eliminarea din societate a persoanelor cu defecte fizice, senzoriale sau psihice. Reintră din nou în acțiune *eugenia*, ca formă de manifestare de tip ultimativ a unei selecții sociale, mascată de ideile unei purități rasiale și ale unei igiene sociale” (*ibid.*, p. 190).

Prin urmare, atitudinea societății față de persoanele cu handicap poate fi *protectiv-tolerantă*, respectiv *discriminator-eliminatorie*, concretizată în statutul social atribuit acestor persoane și drepturile ce li se recunosc în societatea cu pricina.

În opinia autorului, acțiunea psihoigieniei la persoanele cu handicap impune:

- protejarea psihică și socială a acestora prin atribuirea unui statut social care respectă demnitatea umană, locul lor în societate, drepturile ce le sunt recunoscute;
- măsuri privind adaptarea lor școlară, profesională, familială și socială;
- măsuri speciale de școlarizare și profesionalizare în raport cu capacitățile de care aceștia dispun;
- măsuri de protejare compensatorie etc.

E. Verza (1998, p. 141) atrăgea atenția asupra necesității cunoașterii de către orice educator sau specialist în domeniul psihopedagogiei speciale a unor modalități de intervenție din perspectiva psihoigieniei și psihoprofilaxiei. Pe baza observațiilor sale, considerăm ca fiind indispensabile următoarele cerințe:

- antrenarea subiectului în activități utile, care să-i ofere satisfacții și să-i mărească încrederea în propriile posibilități;
- asigurarea unui climat favorabil de activitate, afecțiune și apreciere din partea anturajului;
- implementarea unui demers prin care subiectul să poată conștientiza, în mod real, posibilitățile și limitele sale, precum și modalitățile de depășire a acestora;
- crearea unor contexte de acțiune și comportament în care subiectul să-și poată descărca tensiunile psihice, să capete autocontrol și să evite reactivitățile afective;
- asigurarea unor activități adecvate în care subiectul să-și valorifice capacitatea de centrare și decentrare, cu scopul comutării preocupării sale de la o situație neplăcută la una mai acceptabilă pe plan personal;
- pregătirea subiectului pentru depășirea momentelor dificile și creșterea gradului de toleranță la frustrare și stres etc.

Majoritatea acestor activități se pot desfășura în cadrul centrelor de sănătate mintală, dar ele își pot găsi aplicabilitate și în instituțiile în care persoanele cu handicap învață, muncesc sau sunt internate, atâta timp cât există personal

instruit în acest sens. Important de reținut este că intervenția psihopedagogică este incompletă fără măsurile psihoigienice și psiho-profilactice adecvate care să creeze mediul propice pentru educație și recuperare.

13. 9. MANAGEMENTUL EXPRESIEI ȘI CONDUITEI ÎN STĂRILE DE HANDICAP. PROLEGOMENE LA O NOUĂ DISCIPLINĂ PSIHO-PEDAGOGICĂ

Cadrul general al problemei

Trăim într-o lume a imaginii și a cuvântului. Trăim într-o lume în care fiecare gest, fiecare postură, fiecare vorbă sunt interpretate în funcție de contexte situaționale, de stereotipuri sociale ori de obiceiuri personale. În societatea modernă a începutului de mileniu, imaginea și cuvântul nu sunt neutre din punct de vedere psihologic. Iată motivul pentru care deficiența sau lipsa de control asupra imaginii și cuvântului generează opinii și atitudini negative, repulsive, uneori de-a dreptul ostile. Și iată de ce starea de handicap nu se reduce numai la reflexia socială a unei deficiențe, ci include multiple aspecte de ordin psiho-relațional, precum tulburări ale afectivității, restrângere a nivelului de aspirații, deformări caracteriale, distorsiuni ale imaginii de sine, carențe comportamentale. De regulă, avem anumite așteptări de la ceilalți, așa cum și aceștia manifestă o serie de cerințe în ceea ce ne privește. Dar, înainte de a putea vorbi despre o relație bazată pe cunoaștere reciprocă, ne situăm la nivelul incipient al contactului. Iar la acest nivel, efectele imaginii și ale cuvântului sunt determinante.

Vorbind despre formele primare ale interacțiunii sociale, nu trebuie să uităm că vorbim concomitent și despre formele primare ale comunicării. Persoana cu handicap se află cel mai adesea în situația de nu fi capabilă să inițieze și să întrețină o relație interpersonală satisfăcătoare cu cei din afara anturajului și, uneori, nici cu membrii acestuia. De foarte multe ori, în loc să se manifeste activ, are un comportament reactiv; în loc să aibă inițiativă în comunicare, răspunde pasiv la demersurile celorlalți; în loc să se preocupe de impresia pe care o creează, se lasă în voia întâmplării. Pentru faptul că arată diferit, că vorbește și se poartă diferit, persoana cu handicap se află nu o dată în situația de a trezi neliniști și suspiciuni, de a descuraja apropierea, de a genera atitudini de evitare și respingere. Transferul termenilor de „arierat”, „oligofren”, „debil”, „handicapat” din sfera academică în cea a imprecăției denotă nu numai lipsă de informație și de educație, dar, la un nivel mai profund, chiar activarea unor mecanisme de apărare a eului. Imaginea celui care nu se încadrează în limitele reprezentărilor sociale curente despre omul normal este de natură să stânjenească și să irite. Disonanța cognitivă este rezolvată facil prin apelul reflex la reprezentările mentalității comune privind persoanele deficiente și la forme stereotipe de comportament, precum evitarea contactului fizic și verbal, rezolvarea rapidă a conflictului moral prin

oferirea unei sume de bani modice, recurgerea la formulări de genul „să se ocupe statul de ei sau organizațiile de binefacere”, „să fie plasați în instituții de profil, unde să li se ofere condiții decente de îngrijire și educație” etc. Sentimentul general pare a fi acela că societatea se achită rezonabil de îndatoririle civice ce-i revin față de aceste persoane dacă le rezolvă trebuințele de bază, ele nefiind altminteri îndreptățite să ridice pretenții în ceea ce privește participarea deplină, egală, la viața comunității. Concepte precum cele de „integrare”, „incluziune” sau „normalizare” sunt primite cu neplăcere și neîncredere în utilitatea lor practică, ceea ce explică rezistența la schimbare atâtea vreme cât este vorba despre „noi” și „ei”.

Persoana cu handicap nu se află doar în conflict cu mentalitatea comună, ci, de cele mai multe ori, și cu sine însăși, cu propria imagine despre sine. În funcție de tipul și gradul deficienței, există o percepere mai mult sau mai puțin corectă atât a atitudinilor oamenilor obișnuiți față de handicapați, cât și a propriilor posibilități în raport cu standardele sociale. Imaginea de sine rezultată din asemenea evaluări și comparații este fragilă, tensionată de frustrări și decepții, minată de complexe de inferioritate. Cei aflați în situația de a-și conștientiza dezavantajul biologic, psihologic și social nu găsesc, adesea, nici argumente și nici forță interioară pentru a contracara presiunea extraordinară a convingerilor discriminatorii atât de larg răspândite. Caracterul pernicios al acestor convingeri provine din efectul conjugat al prejudecăților specifice opiniei publice, precum și al perseverării într-o paradigmă științifică depășită. Pentru a remedia această stare de lucruri trebuie să se producă mai întâi o reevaluare a reprezentărilor la nivelul mentalității colective simultan cu cea a abordărilor teoretice și practice de specialitate înainte de a aștepta o îmbunătățire reală a statutului persoanelor cu handicap. Acest demers nu poate reuși dacă cei ce reprezintă interesele persoanelor cu handicap nu sunt ei înșiși convinși de faptul că efortul depus pentru dobândirea unor drepturi materiale și asigurarea asistenței medicale, educaționale și corectiv-recuperatorii de specialitate reprezintă doar o fază incipientă a procesului de normalizare a relațiilor într-o societate responsabilă de soarta tuturor cetățenilor ei. În funcție de tipul deficienței primare (cu implicații asupra gradului de discernământ), prerogativele statutului de cetățean pot fi exercitate atât în mod direct de către persoana cu handicap, cât și prin intermediul unor reprezentanți legali (aparținători, tutori, experți mandatați etc.). De exemplu, reprezentarea intereselor sociale, economice, politice sau de altă natură se realizează, în țările avansate în acest demers, fie în mod personal (*self-advocacy*), fie prin împuterniciți individuali sau instituționali (*by proxy*). De asemenea, specialiști în public-relations și advertising încep să fie consultați tot mai frecvent pentru conceperea unor strategii eficiente de promovare a unei imagini publice pozitive privind persoanele cu handicap, precum și pentru derularea unor training-uri având ca temă relațiile interpersonale dintre majori-

tatea normală și minoritatea în dezavantaj. Din păcate, la noi în țară, aceste eforturi rămân încă la nivel incipient, motiv pentru care am considerat important de tratat, fie și pe scurt, problematica comunicării și interacțiunii dintre majoritate și minoritate în context defectologic²². Propunem ca nouă ramură psihopedagogică *managementul expresiei și conduitei în stările de handicap*.

Obiect și metodă

Definim *managementul expresiei și conduitei în stările de handicap* drept acea disciplină psihopedagogică ce are drept scop, pe de-o parte, studierea patternurilor de comunicare și interacțiune dintre persoanele cu handicap și cele normale, și, pe de altă parte, elaborarea celor mai eficiente tehnici și strategii de optimizare a relațiilor interpersonale dintre aceste persoane, în contextul demersurilor vizând integrarea educațională, profesională și socială și normalizarea.

Concepem obiectivele noii discipline într-o distribuție cvadri-axială, având în centru persoana cu handicap:

1. axa cognitiv-acțională;
2. axa afectiv-motivațională;
3. axa comportamental-relațională;
4. axa moral-valorică.

Conform acestei distribuții, finalitățile teoretice și practice ale noii discipline sunt:

1. pe axa cognitiv-acțională:

- însușirea elementelor corecte ale comunicării (referitoare la limbajul semantic și ectosemantic, identificarea referențialului comun, manipularea contextului, controlarea mijloacelor, ajustarea mesajului la reacția interlocutorului, cunoașterea reprezentărilor acestuia despre capacitățile persoanei cu handicap, sesizarea și rezolvarea disonanțelor cognitive, eliminarea perturbațiilor);
- performarea corectă a comunicării (fluență, expresivitate, rigurozitate, ideeție, reiterare, feed-back).

2. pe axa afectiv-motivațională:

- controlul afectivității (filtrarea emoțiilor, combaterea afectelor, rafinarea sentimentelor, evitarea trăirilor negative în public, cultivarea reacțiilor de simpatie, dezvoltarea inteligenței emoționale);
- reglarea motivației (ierarhizarea motivelor, definirea trebuințelor, amânarea satisfacerilor imediate, dezvoltarea motivației intrinseci, conturarea și ierarhizarea intereselor, ajustarea nivelului de aspirații, perseverarea în atingerea scopurilor legitime);

²² Excludem, prin urmare, alte forme de handicap (cultural, lingvistic, estetic, economic etc.).

3. pe axa comportamental-relațională:

- controlul conduitei (însușirea normelor de comportare civilizată, mascarea notelor deficitare, eliminarea mișcărilor stereotipe sau parazite, îmbogățirea repertoriului de gesturi, stăpânirea ritmului mișcărilor, perfecționarea coordonărilor psihomotorii);
- desfășurarea optimă a interacțiunilor sociale (definirea eului social, cunoașterea condițiilor de relaționare interpersonală, conștientizarea reprezentărilor sociale legate de handicap, valorizarea rolurilor, identificarea ierarhiilor, formarea deprinderilor de inițiere, menținere și dezvoltare a contactelor interpersonale, elaborarea strategiilor de apărare);

4. pe axa moral-valorică:

- însușirea principalelor precepte morale care guvernează relațiile interumane și legitimează acțiunile individuale, concomitent cu dezvoltarea autonomiei morale;
- însușirea și ierarhizarea valorilor finale și, respectiv, instrumentale, în condițiile structurării concepției personale despre lume și viață (*die Weltanschauung*).

Operaționalizarea obiectivelor se face în funcție de următoarele criterii:

- tipul și gradul deficienței generatoare de handicap;
- prognosticul deficienței generatoare de handicap;
- formele și nivelurile compensării;
- reprezentările și atitudinile comunității față de persoanele cu handicap, în general;
- reprezentările și atitudinile comunității față de persoana cu handicap aflată în atenția consultantului;
- vârsta și sexul persoanei cu handicap;
- trăsăturile de personalitate ale persoanei cu handicap;
- trebuințele și aspirațiile acesteia, în contextul capacităților și incapacităților sale;
- alte variabile ce țin de situația concretă și care necesită evaluare detaliată (e.g. condiții socio-economice particulare, convingeri religioase, ambient, caracteristici arhitectonice etc.).

Metodele sunt importate din psihologie, sociologie și științele comunicării.

Strategiile de intervenție, structurate cvadripartit, acționează în două planuri:

- *Individual* (modelarea armonioasă a eului și constituirea unei imagini de sine echilibrate);
- *Social* (decentrarea socială a eului și confruntarea imaginii de sine cu alte puncte de vedere).

Rezultate expectate:

- cristalizarea eului;
- stabilizarea imaginii de sine și ajustarea ei în funcție de experiențele de viață;
- dobândirea deprinderilor de relaționare interpersonală;
- stăpânirea mijloacelor de expresie;
- practicarea fluentă a diverselor maniere de comunicare;
- interiorizarea normelor și valorilor sociale;
- integrarea socio-culturală; dezvoltarea personală.

Această nouă specialitate nu se adresează doar indivizilor ca atare, ci și organizațiilor persoanelor cu handicap, caz în care strategiile și metodele iau în considerare crearea imaginii acestora, gestionarea relațiilor de comunicare atât cu membrii proprii cât și cu persoane sau instituții exterioare, creșterea prestigiului și dobândirea notorietății. Timpul va spune dacă va avea resurse pentru a dobândi o identitate proprie ori se va limita la funcția de corpus tehnic în subordinea disciplinelor psihopedagogice consacrate. Demararea procesului normalizării la noi în țară s-ar putea să aducă în prim-plan problematica imaginii și a comunicării la persoanele cu handicap, în calitatea lor de cetățeni activi și responsabili ai unei societăți cu aspirații europene. Cât de mult vor dori să-și revendice locul egal în societate și cât de tolerantă va deveni aceasta cu solicitările lor rămâne subiect de studiu și de meditație al anilor ce vor veni.

GLOSAR DE TERMENI DE SPECIALITATE

1. actualizare:

trecerea din stare potențială latentă în stare activă (se referă mai ales la memorie, la trebuințe, la deprinderi, la stări afective).

2. acțiune mentală:

operare sau transformare ce are loc în minte, în forma imaginilor și/sau ideilor (Piotr I. Galperin).

3. afemie:

incapacitate de exprimare a ideilor și sentimentelor prin limbaj verbal oral.

4. aglosie:

anomalie congenitală constând în absența anatomică a limbii, motiv pentru care pronunțarea cuvintelor devine extrem de dificilă.

5. agnozie:

sindrom neuropsihic constând în tulburarea recunoașterii senzoriale a unui obiect cunoscut anterior, în absența unui deficit de sensibilitate elementară sau a unei tulburări psihice, fiind determinat de un deficit al funcției de analiză la nivelul segmentului cortical al unui anumit analizator.

6. antrenament autogen:

metodă psihoterapeutică și psihoprofilactică elaborată de neuropatologul german Johannes H. Schultz, ce preia unele scheme din practicile yoga, asociate cu teoria științifică a sugestiei și autosugestiei, precum și cu hipnoza. Conform autorului, prin concentrare mentală, prin autosugestie, în stare de relaxare psihosomatică, se poate obține o autoreglare a stărilor corporale.

7. apraxie:

imposibilitatea executării corecte a unor gesturi complexe care ilustrează ori însoțesc exprimarea, datorată unei leziuni localizate a scoarței cerebrale.

8. ataxie:

tulburare a coordonării mișcărilor, în special a celor voluntare, ca urmare a lezării căilor nervoase sau a centrilor nervoși coordonatori ai mișcării.

9. atetoză:

tulburare motrică constând din mișcări involuntare lente, localizată în special la extremitățile membrelor. Se datorează lezării unor centre cerebrali.

10. auz fonematic:

particularitate a auzului uman prin care sunetele vorbirii sunt percepute ca elemente semantice sau foneme; tulburarea auzului fonematic se referă la lipsa de maturizare a acestei particularități și la lipsa de exersare a laturii expresive a limbajului verbal.

11. bias:

orice deformare, orice perturbare a anchetelor psihologice care poate, în final, să invalideze datele obținute; abatere, deviație, distorsiune, ecart, părtinire.

12. binaural:

referitor la ambele urechi.

13. cauzalgie:

durere prezentând caracter de arsură ce este cauzată de trauma nervilor periferici conținând fibre simpatice.

14. cenestezie:

ansamblul sensibilității viscerale.

15. clonie:

formă discontinuă a contracțiilor musculare opusă celor tonice, și care apare, de regulă, ca simptom al crizelor comițiale.

16. coree:

tulburare caracterizată de mișcări involuntare continue, neregulate ale diferitelor segmente corporale (față, gât, membre superioare etc.).

17. dactilologie:

sistem de comunicare verbală cu ajutorul degetelor, folosit de către persoanele cu deficiențe de auz.

18. decibel (dB):

unitate de măsură acustică definită ca nivel de presiune acustică al cărui raport față de pragul convențional de presiune (de $0,00002 \text{ N/m}^2$), luat ca nivel zero, are logaritmul zecimal înmulțit cu 20 egal cu unitatea.

19. diskinezie:

perturbare a coordonării mișcărilor, ce se reflectă cu deosebire asupra executării acțiunilor motorii complexe.

20. disonanță cognitivă:

relație semnificativă de nepotrivire sau nearmonizare a două structuri psihice aparținând aceleiași persoane sau mai multora (Leon Festinger).

21. disortografie:

tulburare a însușirii ortografiei, asociată dislexiei.

22. disproxie:

tulburare a atenției.

23. distonie:

dereglare a tonusului funcțional al sistemului nervos vegetativ.

24. emetropie:

capacitate normală de refracție oculară.

25. fatigabilitate:

caracteristică individuală privind gradul de rezistență la oboseală și totodată nivelurile de solicitare la care oboseala survine.

26. fobie:

teamă patologică, obsesivă, de intensitate disproporționată, cu obiect precizat.

27. glosolalie:

utilizare a unui limbaj infantil, primitiv, fantezist, de construcție proprie.

28. haptic:

calitatea tactului (palpării).

29. hemeralopie:

absența capacității de vedere crepusculară și nocturnă.

30. hemipareză:

reducere a forței, vitezei și amplitudinii mișcărilor voluntare într-una din jumătățile corpului (de natură organică sau funcțională).

31. hemiplegie:

suprimare a mișcărilor voluntare într-una din jumătățile corpului; consecință a unui accident vascular cerebral sau a lezării unilaterale a căii nervoase motorii.

32. hiperkinezie:

activitate motorie exagerată efectuată de mușchii scheletici (tremor, mișcare de tip coreic etc.) sau de musculatura netedă a unui organ cavităar (stomac, intestin).

33. hipermetropie:

defect anatomic al vederii, datorită faptului că diametrul anteroposterior al globului ocular este mai scurt decât cel normal (imaginea formându-se în spatele retinei).

34. homeostazie:

tendința organismelor vii de a-și menține constanți parametrii mediului intern (printr-un proces de echilibrări și reechilibrări progresive – *homeorhezis*).

35. ideeafie:

proces psihic de apariție spontană și dezvoltare prin filiație asociativă a ideilor; conținut al funcționării discursive (procesuale) a gândirii.

36. impostare:

activitate de emiterie a unui fonem, ca parte a unui program de demutizare sau de terapie logopedică.

37. labiolectură:

citire a fonemelor după mișcările buzelor (și în contextul altor indicii articulatorii specifice).

38. miopie:

tulburare a vederii caracterizată prin imposibilitatea de a vedea clar obiectele situate la distanță (diametrul anteroposterior al globului ocular fiind prea lung).

39. nevrozism:

simptom de hiperactivism nervos, mental și fizic, în condiții de iritabilitate, fatigabilitate rapidă și labilitate afectivă crescută.

40. ortofonie:

vorbire conform normelor lingvistice în vigoare; activitate de formare a unei vorbiri corecte.

41. palatoschizis:

despicătură de văl palatin (remediabilă chirurgical prin palatorafie).

42. paralizie:

pierdere totală sau diminuare considerabilă a posibilităților de mișcare. Se poate datora lezării centrilor sau căilor nervoase motorii (paralizia organică), inhibării funcționale a centrilor mișcărilor voluntare (paralizia funcțională, isterică sau piteatică) sau afectării mecanismelor de transmitere a excitației de la nervul motor la mușchi.

43. paraplegie:

paralizie a membrelor inferioare, datorită lezării centrilor sau căilor nervoase motorii corespunzătoare.

44. praxie:

totalitatea acțiunilor și operațiilor mijlocite prin deprinderi, abilități, capacități, realizând transformări materiale efective.

45. prozodie:

variațiile de intensitate, de înălțime tonală și ritm, de timbru și accent care nuanțează exprimarea verbal-orală.

46. psihogenie:

grup polimorf de afecțiuni psihotice și nevrotice, în al căror determinism multifactorial intervin traumele psihice ca factori etiologici principali, iar apariția și evoluția lor sunt influențate atât de factori somatici favorizanți, cât și de factori genetici predispozanți.

47. psihopatie:

afecțiune ce se caracterizează prin dezechilibru și tulburări de comportament pe fond constituțional.

48. psihoză:

afecțiune psihică majoră, de natură endogenă, care aduce perturbări grave vieții psihice a individului în ceea ce privește raporturile subiectului cu sine însuși și cu lumea înconjurătoare.

49. reacție circulară:

comportament a cărui structură ciclică este determinată de faptul că sfârșitul unui act constituie declanșatorul debutului unui act identic, astfel încât aceste acte nu se desfășoară izolat, ci în serii repetitive (James M. Baldwin).

50. rigiditate:

contracție musculară susținută, apărută în unele afecțiuni neurologice.

51. schemă:

structura sau modul de organizare a acțiunilor în forma în care sunt transferate sau generalizate prin repetarea acestei acțiuni în împrejurări asemănătoare sau analoge.

52. sindrom:

ansamblu bine determinat, coerent, de simptome și semne intercorelate, care caracterizează mai multe afecțiuni posibile, dar putând sublinia o singură modalitate patologică.

53. sinistralitate:

dominanță manuală (sau a oricărui alt segment) stângă, opusă dexterității.

54. sinkinezie:

mișcare involuntară ce se asociază actelor motorii voluntare (cum ar fi mișcările de echilibrare a corpului executate involuntar cu brațele atunci când trunchiul se depărtează mai pronunțat de la verticalitate); sinkineziile patologice afectează coordonarea motorie prin tremurături și spasme ce parazitează diverse acte motorii. Mișcarea automată involuntară a unui membru paralizat al corpului, cu ocazia unei mișcări voluntare a unui membru sănătos (sin. *sincinezie*).

55. sistem:

grupare sau organizare ierarhică de elemente, indiferent de natura lor, având o desfășurare spațio-temporală și implicând legături și interacțiuni materiale, energetice și informaționale între elemente, precum și, într-o anumită măsură, și cu mediul.

56. spasticitate:

rezistență musculară crescută la mișcările ce necesită extensie, datorată hipertonicității musculare.

57. stereotip dinamic:

sistem de reflexe condiționate interconectate, presupunând o ordine a aplicării stimulilor și, respectiv, a apariției reacțiilor.

58. structură:

totalitate organizată, în care părțile sunt dependente de întreg și, în consecință, solidare unele cu altele.

59. structură cognitivă:

construct ipotetic care se definește ca o entitate stabilă pentru caracteristicile sau considerentele stilistice ale gândirii, spre deosebire de abilitățile cognitive care sunt variabile dinamice (Jean Piaget, Bärbel Inhelder).

60. taxonomie:

disciplină metodologică ce se ocupă de legile, criteriile și configurațiile clasificărilor.

61. teleologic:

finalist, orientat către un scop.

62. tetraplegie (diplegie):

dublă hemiplegie; suprimare a mișcărilor voluntare la nivelul tuturor membrilor.

63. tremor intențional:

tulburare a mișcărilor voluntare, cauzată de deficiențe de coordonare a impulsurilor aferente cu cele eferente.

64. vicariant:

exercitând o funcție compensatorie ce merge până la substituire.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Achihăi, G. et al. (2002). *Manual Impart: Ghid de muzică, artă, mișcare și joc pentru copii și adulți instituționalizați*. Buhuși: Ed. Euro-Print.

Adler, A. (1927). *Cunoașterea omului* (trad. rom.). București: Ed. IRI, 1996.

Adler, A. (1933). *Sensul vieții* (trad. rom.). București: Ed. IRI, 1995.

Ainscow, M. (coord.) (1999). *Dezvoltarea practicilor incluzive în școli. Ghid managerial* (lucrare editată sub egida Reprezentanței UNICEF în România). București: -.

Allport, G. W. (1961). *Structura și dezvoltarea personalității* (trad. rom.). București: E.D.P., 1991.

American Psychiatric Association (1987). *Manual pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mentale (DSM-III-R)* (trad. rom.). București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 1993.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington D.C.: Autor.

Anastasi, A. (1965). *Differential Psychology* (ed. a III-a). New York: Macmillan Co.

Anastasi, A. (1996). *Psychological Testing* (ed. a VII-a). New York: Macmillan Co.

Anca, M. (1997). Examinarea psihologică și ortofonică a copilului deficient auditiv. *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*, 2, 7-14.

Apostol, A., Buică, C. B. (2002). Aspecte controversate în autismul infantil. *Societate și handicap*, 1, 9-17.

Arcan, P., Ciumăgeanu, D. (1980). *Copilul deficient mintal*. Timișoara: Ed. Facla.

Baconschi-Mureșan, C. (2000). Contribuții la teoria funcționării cognitive, în explicarea autismului infantil. *Societate și handicap*, 2, 22-35.

Băndilă, A. (1995). Model metodologic de depistare-evaluare timpurie a dizabilităților. *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*, 1-2, 63-70.

Best, A. (1995). *Teaching Children with Visual Impairments*. Philadelphia: Open University Press.

Bonchiș, E. (coord.) (2000). *Dezvoltarea umană – aspecte psiho-sociale*. Oradea: Ed. Imprimeriei de Vest.

Boșcaiu, E. (1973). *Prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire în grădinițele de copii*. București: E.D.P.

Boșcaiu, E. (1983). *Bâlbâiala, prevenire și tratament*. București: E.D.P.

Brânzei, P., Sârbu, A. (1981). *Psihiatrie*. București: E.D.P.

Buică, C. B. (1997). Aspecte particulare ale aplicării testului M.P.C. Raven la preșcolarii deficienți de auz. *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*, 2, 15-17.

Buică, C. B. (2000). Caracteristici definitorii ale cercetării suedeze în domeniul educației speciale. *Societate și handicap*, 2, 101-107.

Buică, C. B. (2001). Organizarea sistemului de învățământ pentru persoanele cu handicap în Suedia. *Societate și Handicap*, 1-2, 108-113.

Buică, C. B. (2002). Principiul normalizării. Formarea atitudinilor pozitive ale personalului didactic privind integrarea copiilor în dificultate. In L. Aldescu et al., *Integrarea școlară a copilului în dificultate/cu nevoi speciale (ghid pentru directorul de școală)* (pp. 55-67). București: C.R.I.P.S.

Buică, C. B. (2004a). An Outline of the Romanian Special Education Approach. New Attitudes for a New Perspective. *Early Child Development and Care*, 174(2), 169-176.

Buică, C. B. (2004b). Specificul diagnozei psihice în stările de handicap. *Revista de psihopedagogie*, 1, 171-184.

Cerneș, P. (1988). *Anomalii oculare congenitale*. București: Ed. Medicală.

Chiva, M., Rutschmann, Y. (1969). Etiologia debilităților mintale. In R. Zazzo (coord.) *Debilitățile mintale* (trad. rom.) (pp. 110-163). București: E.D.P., 1979.

Clarke, A. M., Clarke, A. D. B. (ed.) (1974). *Readings from Mental Deficiency. The Changing Outlook* (ed. a III-a). London: Methuen & Co.

Clarke, A. M., Clarke, A. D. B. (1974a). Criteria and Classification of Subnormality. In *idem* (ed.), *Readings from Mental Deficiency. The Changing Outlook* (ed. a III-a) (pp. 18-35). London: Methuen & Co.

Clarke, A. M., Clarke, A. D. B. (1974b). Severe Subnormality: Capacity and Performance. In *idem* (ed.), *Readings from Mental Deficiency. The Changing Outlook* (ed. a III-a) (pp. 239-256). London: Methuen & Co.

Clocotici, V., Stan, A. (2000). *Statistică aplicată în psihologie*. Iași: Polirom.

Coleman, J. C., Butcher, J. N., Carson, R. C. (1984). *Abnormal Psychology and Modern Life* (ed. a VII-a). Glenview IL. etc.: Scott, Foresman and Co.

Colin, D. (1991). *Psychologie de l'enfant sourd*. Paris: Éd. Masson.

Cosmovici, A., Iacob, L. (coord.) (1998). *Psihologie școlară*. Iași: Polirom.

*** (2002). *Curriculum pentru copiii cu deficiențe (dizabilități) severe și profunde* (editată sub egida Reprezentanței UNICEF în România și a Asociației RENINCO România). [București]: -.

Crețu, V. (1993). Proiectarea unei discipline de învățământ în vederea tratării diferențiate a elevilor din școala ajutătoare. *Revista de educație specială*, 2, 53-58.

Crețu, V. (1999). *Educația pentru drepturile copilului*. București: Ed. Semne.

Crețu, V. (2001). Modul curricular pentru educația specială a copiilor cu handicap mintal sever. *Societate și handicap*, 1-2, 22-32.

Damaschin, D. (1973). *Defectologia – teoria și practica compensației. Nevăzători, ambliopi, orbi surdo-muți*. București: E.D.P.

*** (1994). *Declarația de la Salamanca și Direcțiile de acțiune în domeniul educației speciale* (lucrare editată în limba română cu sprijinul Reprezentanței speciale a UNICEF în România). UNESCO și Ministerul Educației și Științei din Spania.

Donciu, S. (2001). Influența tulburărilor de vorbire asupra scris-cititului. *Societate și handicap*, 1-2, 33-44.

Duflot, C. (1999). *L'Expertise psychologique. Procédures et méthodes*. Paris: Dunod.

Emanuelsson, I. (1997). Special Education Research in Sweden, 1956-1966. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 41(3-4), 461-474.

Emanuelsson, I. (1998). Integration and Segregation – Inclusion and Exclusion. *International Journal of Educational Research*, 29, 95-105.

Enache, Gh. (1990). Date experimentale privind rolul psihomotricității în scris-cititul Braille la nevăzători. In E. Verza (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaților* (pp. 182-197). București: [Tipografia Universității din București].

Enăchescu, C. (1996a). *Neuropsihologie*. București: Ed. Victor.

Enăchescu, C. (1996b). *Tratat de igienă mintală*. București: E.D.P.

Enăchescu, C. (1998). *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*. București: E.D.P.

Enăchescu, C. (2000). *Tratat de psihopatologie*. București: Ed. Tehnică.

Fawcus, M., Fawcus, R. (1974). Disorders of Communication. In A. M. Clarke și A. D. B. Clarke (ed.), *Readings from Mental Deficiency. The Changing Outlook* (ed. a III-a) (pp. 322-357). London: Methuen & Co.

Feldman, R. S. (2000). *Essential of Understanding Psychology* (ed. a IV-a). Boston etc.: McGraw-Hill.

Fodor, F., Pop D. Popa, D. (1991). *Oftalmologie*. București: E.D.P.

Foucault, M. (1972). *Istoria nebuniei în epoca clasică* (trad. rom.). București: Humanitas, 1996.

Francis-Williams, J. (1976). *Children with Specific Learning Difficulties. The Effect of Neurodevelopmental Learning Disorders on Children of Normal Intelligence* (ed. a II-a). Oxford etc.: Pergamon Press.

Frith, U. (1991). Asperger and His Syndrome. In *idem* (ed.), *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 1-36). Cambridge: Cambridge University Press.

Fuchs, D., Fuchs, L. S. (1994). Inclusive Schools Movement and the Radicalisation of Special Education Reform. *Exceptional Children*, 60, 294-309.

Galperin, P. I. (coord.) (1975). *Studii de psihologia învățării (teorie și metodă în elaborarea acțiunilor mintale)* (antologie de Gr. Nicola). București: E.D.P.

Gheorghiu, V., Ciofu, I. (1982). *Sugestie și sugestibilitate. Aspecte psihologice și psihofiziologice*. București: Ed. Academiei.

Gherguț, A. (2001). *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii de educație integrată*. Iași: Polirom.

Gîrbea, Șt., Cotul, G. (1967). *Fonoaudiologie. Fiziologia vocii vorbite și cântate*. București: E.D.P.

Golu, M. (1993). *Dinamica personalității*. -: Ed. Geneze.

Golu, P. (1985). *Învățare și dezvoltare*. București: Ed. Științifică și Enciclopedică.

Golu, P., Zlate, M., Verza, E. (1991). *Psihologia copilului (manual pentru clasa a XI-a, școli normale)*. București: E.D.P.

Gorgos, C. (sub. red.) (1988). *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*. București: Ed. Medicală, II.

Gorgos, C. (sub. red.) (1989). *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*. București: Ed. Medicală, III.

Gorgos, C. (sub. red.) (1992). *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*. București: Ed. Medicală, IV.

Gregory, R. J. (1992). *Psychological Testing: History, Principles, and Applications*. Boston etc.: Allyn & Bacon.

Grigore, M. (1993). Fenomenul compensării la adolescenții deficienți fizici. *Revista de educație specială*, 1, 72-74.

Grossman, H. J. (1983). *Classification in Mental Retardation*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.

Gunzburg, H. C. (1974). The Education of the Mentally Retarded Child. In A. M. Clarke și A. D. B. Clarke (ed.), *Readings from Mental Deficiency. The Changing Outlook* (ed. a III-a) (pp. 358-381). London: Methuen & Co.

Havârneanu, C. (2000). *Cunoașterea psihologică a persoanei*. Iași: Polirom.

*** (1995). *Helios II: Répertoire / Directory / Verzeichnis*. La Commission Européenne, Office des publications officielles de la Communautés Européennes: Luxembourg.

*** (1996). *Helios II: Guide européen de Bonnes pratiques pour l'égalité des chances des personnes handicapées*. La Commission Européenne, Office des publications officielles de la Communautés Européennes: Luxembourg.

Hâncu, V. (2001). Considerații istorice și teoretice asupra autismului infantil. *Societate și handicap*, 1-2, 45-61.

Holdevici, I. (1990). Demersuri particulare în hipnoterapia logonevrozelor. În E. Verza (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapatilor* (pp. 151-156). București: Universitatea din București.

Inhelder, B. (1963). *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux* (ed. a II-a). Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.

Inhelder, B., Sinclair, H., Bovet, M. (1974). *Învățarea și structurile cunoașterii* (trad. rom.). București: E.D.P., 1977.

Ionescu, G. (coord.) (1985). *Psihologie clinică*. București: Ed. Academiei.

Ionescu, G. (1990). *Psihoterapie*. București: Ed. Științifică.

Ionescu, M., Preda, V., Chiș, V. (1996). *Orientări metodologice în educația integrată a copiilor ambliopi și nevăzători*. Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai.

Ionescu, Ș. (1975). *Adaptarea socioprofesională a deficienților mintal*. București: Ed. Academiei.

Ionescu, Ș., Radu, V. (1973). Diagnoza deficienței mintale. *Revista de psihologie*, 3, 319-330.

Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris: Éditions de Minuit, I.

Jenkinson, J. C. (1997). *Mainstream or special? Educating Students with Disabilities*. London & New York: Routledge.

Jordan, R., Powell, S. (1995). *Understanding and Teaching Children with Autism*. Chichester etc.: John Wiley & Sons.

Kennedy, J. F. (1963). Message from the President of the United States of America relative to Mental Illness and Mental Retardation. *American Psychologist*, 18, 280-289.

Kiernan, W. E. (1997). Employment: A Necessary Social Policy for Persons with Disabilities. *Journal for Mental Changes*, 3(2), 31-45.

Kulcsar, T. (1978). *Factorii psihologici ai reușitei școlare*. București: E.D.P.

Lambrichs, V. L. (1989). *La Dyslexie en question*. Paris: Éditions Robert Laffont.

Leroi-Gourhan, A. (1964). *Gestul și cuvântul. Tehnică și limbaj* (trad. rom.). București: Ed. Meridiane, 1983, I.

Luban-Plozza, B., Iamandescu, B. (1997). *Dimensiuni psihologice ale muzicii*. București: Ed. Romcartexim.

Lungu-Nicolae, S. (1993). Pseudohandicapul mintal și problematica integrării. *Revista de educație specială*, 2, 14-21.

Lungu-Nicolae, S. (1994). *Sfera perceptivo-motrică la handicapatul mintal*. București: Secretariatul de Stat pentru Handicapați și I.N.R.E.S.P.H.

Manolache, C. (1980). *Surdomutitatea*. București: Ed. Medicală.

Manolache, I. (1998). *Învățare și handicap*. București: Ed. Licorna.

Mare, V. (1971). Date experimentale cu privire la perceperea vorbirii pe cale vibrotactilă. In C. Păunescu, V. Mare și M. Peteanu (coord.), *Probleme de defectologie* (pp. 106-131). București: E.D.P., VIII.

Măescu-Caraman, L., Caraman, A. (1983). *Metodologia procesului demutizării*. București: E.D.P.

McCormick, B. (1988). *Teste screening pentru deficiența de auz la copiii mici* (trad. rom.). București: Tip. Semne '94, 1994.

McInnes, J. M., Treffry, J. A. (1982). *Copilul cu surdocecitate. Ghid de dezvoltare* (trad. rom.). [București]: Tip. Semne '94, [2002].

Milcent, C. (1991). *L'Autisme au quotidien*. Paris: Éd. Odile Jacob.

Mitrofan, N. (1997). *Testarea psihologică a copilului mic*. București: Ed. Mihaela Press.

Moldovan, I. (1990). Date privind raportul dintre capacitatea de pronunțare și cea de diferențiere la palatolalici. In E. Verza (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapatilor* (pp. 136-150). [București: Tipografia Universității din București].

Montessori, M. (1975). *Descoperirea copilului* (trad. rom.). București: E.D.P., 1977.

Moțet, D. (2001). *Psihopedagogia recuperării handicapurilor neuromotorii*. București: Ed. Fundației Humanitas.

Mureșan, C. (2002). Comportamentele stereotipe ca mecanisme de apărare în autismul infantil. *Societate și handicap*, 1, 22-31.

Mureșan, M. (1990). Compensarea și corectarea – forme de intervenție defectologică prin activitate instructiv-educativă. In E. Verza (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapatilor* (pp. 60-79). București: [Tipografia Universității din București].

Mușu, I. (coord.), Vărășmaș, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*. București: E.D.P.

Mușu, I. (coord.) (2000). *Ghid de predare – învățare pentru copiii cu cerințe educative speciale*. București: Ed. Marlink.

Naudé, H., Pretorius, E. (2002). The Quest for an international Delivery Framework for Children with Gerstmann's Syndrome. *Early Child Development and Care*, 172, 643-650.

Neacșu, I. (1990). *Instruire și învățare*. București: Ed. Științifică.

Neagoe, M. (1992). Orientarea școlară și profesională a persoanelor handicapate. Privire generală. *Revista de educație specială*, 2, 30-37.

Neagoe, M. (2003a). *Disabilitate și sănătate. Filozofii, paradigme și modelarea disabilității. Disabilități corelative și/sau consecutive condițiilor de sănătate*. București: Ed. Semne.

Neagoe, M. (2003b). *Disabilitate și sănătate. Modele ale disabilității. Disabilități corelative și/sau consecutive condițiilor de sănătate*. București: Ed. Semne.

Neagoe, M., Iordan, A. (2002). *Psihopedagogia adaptării și problematica anxietății școlare*. București: Ed. Fundației Humanitas.

Nicola, I. (1994). *Pedagogie* (ed. a II-a, revăzută și adăugită). București: E.D.P.

Oléron, P. ([1978]). *Langage et développement mental* (ed. a II-a). Bruxelles: Pierre Mardaga.

O.N.U. (1993). *Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap* (lucrare editată în limba română cu sprijinul Reprezentanței speciale a UNICEF în România).

Osiceanu, M. E. (2001). Rolul diagnosticului prenatal și al sfatului genetic în depistarea și prevenția handicapului. *Societate și handicap*, 1-2, 62-77.

Pavelcu, V. (1968). *Principii de docimologie*. București: E.D.P.

Pavelcu, V. (1972). *Drama psihologiei. (Eseu asupra constituirii psihologiei ca știință)* (ed. a II-a, revăzută și adăugită). București: E.D.P.

Păunescu, C. (1976a). *Deficiența mintală și procesul învățării*. București: E.D.P.

Păunescu, C. (coord.) (1976b). *Introducere în logopedie*. București: E.D.P.

Păunescu, C. (1977). *Deficiența mintală și organizarea personalității*. București: E.D.P.

Păunescu, C. (coord.) (1984). *Tulburări de limbaj la copil*. București: Ed. Medicală.

Păunescu, C., Mușu, I. (1997). *Psihopedagogia specială integrată. Handicapul mintal. Handicapul intelectual*. București: Ed. Pro Humanitate.

Păunescu, C., Mușu, I. (1990). *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal*. București: Ed. Medicală.

Perron, R. (1969a). Atitudini și idei referitoare la deficiențele mintale. In R. Zazzo (coord.), *Debitățile mintale* (trad. rom.) (pp. 40-70). București: E.D.P., 1979.

Perron, R. (1969b). Deficiența mintală și reprezentarea de sine. In R. Zazzo (coord.), *Debitățile mintale* (trad. rom.) (pp. 408-475). București: E.D.P., 1979.

Piaget, J. (1947). *Psihologia inteligenței* (trad. rom., ed. a II-a). București: Ed. Științifică, 1998.

Piaget, J. (1969). *Psihologie și pedagogie* (trad. rom.). București: E.D.P., 1972.

Piaget, J., Inhelder, B. (1966). *Psihologia copilului*. București: E.D.P., -.

Pop, Șt., Dăscălescu, R., Anastasiu, Gh., Gorea, D. (1964). Unele particularități ale sistemului de scriere braille. In B. Zörgö și V. Mare (coord.), *Probleme de defectologie* (pp. 238-263). București: E.D.P., IV.

Popa, M. (2001). *Comunicare și personalitate la deficientul de auz*. București: Ed. Fundației Humanitas.

Popescu, G., Pleșa, O. (coord.) (1998). *Handicap. Readaptare. Integrare*. București: Ed. Pro Humanitate.

Popescu – Neveanu, P. (1978). *Dicționar de psihologie*. București: Ed. Albatros.

Popescu – Neveanu, P., Zlate, M., Crețu, T. (1987). *Psihologie școlară*. București: [Tipografia Universității din București].

Popovici, D. V. (1998). Elevi cu tulburări de învățare. In E. Verza, E. Păun (coord.), *Educația integrată a copiilor cu handicap* (sub egida Asociației RENINCO România și a Reprezentanței speciale a UNICEF în România) (pp. 81-86). Iași: Ed. Multiprint.

Popovici, D. V. (1999a). *Elemente de psihopedagogia integrării*. București: Ed. Pro Humanitate.

Popovici, D. V. (1999b). Terapia ocupațională – element central în procesul complex de terapie a stărilor de handicap. Locul învățării practice în acest proces. In Gh. Radu (coord.), *Introducere în psihopedagogia școlarilor handicapați* (pp. 93-122). București: Ed. Pro Humanitate.

Popovici, D. V. (1999c). Educația integrată – o strategie modernă de recuperare a elevilor handicapați și cu alte cerințe educative speciale. In Gh. Radu (coord.), *Introducere în psihopedagogia școlarilor handicapați* (pp. 155-189). București: Ed. Pro Humanitate.

Popovici, D. V. ([2000]). *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale*. București: Ed. Pro Humanitate.

Popovici, D. V. (2001). Considerații asupra rolului instituțiilor de învățământ special românești în etapa actuală. *Societate și handicap*, 1-2, 124-129.

Popoviciu, L., Arseni, C. (coord.). (1992). *Enciclopedia de neurologie și neurochirurgie*. București: Ed. Academiei, I.

Preda, V. (1987). Particularitățile explorării vizuale și ale capacității de orientare și structurare spațială la debilizii mintal. Implicațiile lor în activitățile didactice și corective compensatorii. In E. Verza (coord.), *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei și logopediei* (pp. 19-38). București: [Tipografia Universității din București].

Preda, V. (1990). Repere psihofiziologice în educația vizuală a ambliopilor. In E. Verza (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapatilor* (pp. 172-181). București: [Tipografia Universității din București].

Preda, V. (1992). Valoarea probei „Figuri complexe” – Rey în studierea memoriei operaționale vizuale și a structurării perceptiv-motorii a spațiului grafic la deficienții de intelect și la ambliopi. *Revista de educație specială*, 1, 31-38.

Preda, V. (1993). Formarea schemei corporale, a abilităților motorii și a noțiunilor spațiale vizând mobilitatea la nevăzători. *Revista de educație specială*, 1, 21-28.

Preda, V. (1994). Funcționalitatea gândirii în condițiile deficienței vizuale. *Revista de educație specială*, 1-2, 15-22.

Preda, V. (1995). Principiul normalizării și etica intervenției precoce asupra copiilor cu nevoi speciale. *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*, 1-2, 79-84.

Preda, V. (2004). Esența proiectului educativ personalizat, destinat persoanelor cu cerințe speciale. *Revista de psihopedagogie*, 1, 50-60.

Preda, V., Cziker, R. (2004). *Explorarea tactil-kinestezică în explorarea obiectelor, a imaginilor tactile și în lectura braille*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Predescu, M. (1994). *Psihopedagogie specială. Partea I: deficiența mintală*. Timișoara: Universitatea de Vest.

Pufan, C. (1972). *Probleme de surdo-psihologie*. București: E.D.P., I.

Pufan, C. (1982). *Probleme de surdo-psihologie*. București: E.D.P., II.

Purcia, S. (1987). Metodologia formării scrierii la infirmii motor cerebral. In E. Verza (coord.), *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei și logopediei* (pp. 232-252). București: [Tipografia Universității din București].

Radu, Gh. (1999a). *Psihopedagogia dezvoltării școlarilor cu handicap*. București: E.D.P.

Radu, Gh. (1999b). Obiectul și problematica psihopedagogiei școlarilor handicapați. In *idem* (coord.), *Introducere în psihopedagogia școlarilor handicapați* (pp. 5-26). București: Ed. Pro Humanitate.

Radu, Gh. (1999c). Învățarea de tip școlar în contextul particularităților cogniției la handicapați. In *idem* (coord.), *Introducere în psihopedagogia școlarilor handicapați* (pp. 27-57). București: Ed. Pro Humanitate.

Radu, Gh. (1999d). Învățarea formativă și diagnosticul complex – evaluarea stărilor de handicap. In *idem* (coord.), *Introducere în psihopedagogia școlarilor handicapați* (pp. 59-92). București: Ed. Pro Humanitate.

Radu, Gh. (2000). *Psihopedagogia școlarilor cu handicap mintal*. București: Ed. Pro Humanitate.

Radu, Gh. (2002). *Psihologie școlară pentru învățământul special (sinteze)*. București: Ed. Fundației Humanitas.

Radu, Gh., Popovici, D. V. (1998) Tulburările de dezvoltare la copii și problematica integrării lor școlare". In E. Verza, E. Păun (coord.), *Educația integrată a copiilor cu handicap* (sub egida Asociației RENINCO România și a Reprezentanței speciale a UNICEF în România) (pp. 73-79). Iași: Ed. Multiprint.

Radu, I. (coord.) (1983). *Psihologia educației și dezvoltării*. București: Ed. Academiei.

Radu, I. (coord.) (1993). *Metodologie psihologică și analiza datelor*. Cluj-Napoca: Ed. Sincron.

Radu, I. D. (1999). Consilierea handicapaților în perspectiva orientării școlare și profesionale. In Gh. Radu (coord.), *Introducere în psihopedagogia școlarilor handicapați* (pp. 123-154). București: Ed. Pro Humanitate.

Raven, J. C. (1961). *Guide to Crichton Vocabulary Scale with Progressive Matrices Sets A, Ab, B*. London: H. K. Lewis & Co.

Richardson, S. A., Goodman, N., Hastorf, A. H., Dornbusch, S. M. (1961). Cultural Uniformity in Reaction to Physical Disabilities. *American Sociological Review*, 26(2), 241-247.

Robănescu, N. (1992). *Recuperarea neuromotorie*. București: Ed. Medicală.

Rosetti, Al., Lăzăroiu, A. (1982). *Introducere în fonetică*. București: Ed. Științifică și Enciclopedică.

Roșca, M. (1967). *Psihologia deficiențelor mintali*. București: E.D.P.

Roth, W. (1973). *Tiflogia – psihologia deficiențelor vizual*. Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai.

Russell, R. W. (1974). The Dilemma of the Handicapped Adolescent. In R. E. Weber (ed.), *Handbook on Learning Disabilities* (pp. 155-172). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Rusu, C. (1993). Cu privire la clasificarea internațională a handicapurilor. *Revista de educație specială*, 2, 46-52.

Rusu, C. (coord.). (1997). *Deficiență, incapacitate, handicap*. București: Ed. Pro Humanitate.

Rusu, C., Carantină, D. (1993). Repere semnificative în determinarea stărilor de handicap. *Revista de educație specială*, 1, 57-62.

Salvat, H. (1969). *Inteligența: mituri și realități* (trad. rom.). București: E.D.P., 1972.

Sarafoleanu, D., Sarafoleanu, C. (1997). *Compendiu O.R.L.* [București]: Ed. Național.

Sima, I. (1998). *Psihopedagogie specială. Studii și cercetări*. București: E.D.P., I-II.

Simonoff, E., Bolton, P., Rutter, M. (1996). Mental Retardation: Genetic Findings, Clinical Implications and Research Agenda. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 259-280.

Sirian, V., Dinescu, C. (1994). Autismul infantil - psihoterapie și educație. *Revista de educație specială*, 1-2, 74-80.

Skidmore, D. (1996). Toward an Integrated Theoretical Framework for Research into Special Educational Needs. *European Journal of Special Needs Education*, 11(1), 33-47.

Smith, C. J., Laslett, R. (1993). *Effective Classroom Management: A Teacher's Guide* (ed. a II-a). London & New York: Routledge.

Spears, C. E., Weber, R. E. (1974). The Nature of Learning Disabilities. In R. E. Weber (ed.), *Handbook on Learning Disabilities* (pp. 19-43). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Stănică, I., Ungar, E., Benescu, C. (1983). *Probleme metodice de tehnica vorbirii și labiolectură*. București: E.D.P.

Stănică, I., Popa, M., Popovici, D. V., Rozorea, A., Mușu, I. (1997). *Psihopedagogie specială – deficiențe senzoriale*. București: Ed. Pro Humanitate.

Străchinaru, I. (1995). Devierile de conduită. Diagnostic diferențial. *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*, 1-2, 5-9.

Szamosközi, Șt. (1997). *Evaluarea potențialului intelectual la elevi prin metode de diagnostic formativ*. Cluj-Napoca: Ed. Presa universitară clujeană.

Șchiopu, U. (coord.) (1997). *Dicționar de psihologie*. București: Ed. Babel.

Șchiopu, U. (2002). *Introducere în psihodiagnostic*. București: Ed. Fundației Humanitas.

Șchiopu, U., Piscoi, V. (1987). *Psihologia generală și a copilului (manual pentru clasele IX-X, licee pedagogice)*. București: E.D.P.

Șchiopu, U., Verza, E. (1997). *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții* (ed. a III-a, revăzută). București: E.D.P.

Ștefan, M. (1981). *Educarea copiilor cu vedere slabă*. București: E.D.P.

Ștefan, M. (2000). *Psihopedagogie specială – deficiența de vedere*. București: Ed. Pro Humanitate.

Thomas, D. (1978). *The Social Psychology of Childhood Disability*. London: Methuen & Co.

Tizard, J. (1974). Longitudinal Studies: Problems and Findings. In A. M., Clarke și A. D. B. Clarke (ed.), *Readings from Mental Deficiency. The Changing Outlook* (ed. a III-a) (pp. 14-147). London: Methuen & Co.

Toffler, A. (1981). *Al treilea val* (trad. rom.). București: Ed. Politică, 1983.

Tomescu, M. (1994). Rinolalia – structură și dinamică. *Revista de educație specială*, 1-2, 64-73.

Tomșa, Gh. (1999). *Consilierea și orientarea în școală*. București: Ed. Viața Românească.

Tucker, I., Powell, C. (1991). *Copilul cu deficiențe de auz și școala* (trad. rom.). București: Charme-Scott S.R.L., 1993.

Țârdea, V. (1974). *Metodica predării pronunției în școlile speciale de surzi*. București: E.D.P.

Ungureanu, D. (1998). *Copiii cu dificultăți de învățare*. București: E.D.P.

Verza, E. (1973). *Conduita verbală a școlarilor mici (normali, logopați și debili mintal)*. București: E.D.P.

Verza, E. (1977). *Dislalia și terapia ei*. București: E.D.P.

Verza, E. (1983). *Disgrafia și terapia ei*. București: E.D.P.

Verza, E. (1987a). Metodologia recuperării în defectologie. *In idem (coord.), Metodologii contemporane în domeniul defectologiei și logopediei* (pp. 7-18). București: [Tipografia Universității din București].

Verza, E. (1987b). Psihodiagnoza și prognoza în defectologie. *Revista de psihologie*, 4, 293-301.

Verza, E. (1988). Unele structuri de personalitate în psihologia handicapaților de intelect. *In idem (coord.), Probleme de defectologie* (pp. 11-25). București: [Tipografia Universității din București].

Verza, E. (1990). Unitatea dintre personalitate și comportament pe fondul diversificării formelor comunicaționale la handicapați. *In idem (coord.), Elemente de psihopedagogia handicapaților* (pp. 5-13). București: [Tipografia Universității din București].

Verza, E. (1992). Psihopedagogia integrării și normalizării. *Revista de educație specială*, 1, 5-9.

Verza, E. (1993). Delimitări conceptuale în autism. *Revista de educație specială*, 2, 5-13.

Verza, E. (1998). *Psihopedagogie specială (manual pentru clasa a XIII-a, școli normale)*. București: E.D.P.

Verza, E. (2003). *Tratat de logopedie*. București: Ed. Pro Humanitate, I.

Verza, E., Radu, Gh. (1988). Terapia limbajului în învățământul ajutător; raportul limbaj – comunicare – învățare la deficientul mintal. In E. Verza (coord.), *Probleme de defectologie* (pp. 235-248). București: [Tipografia Universității din București].

Verza, E., Verza, F. E. (2000). *Psihologia vârstelor*. București: Ed. Pro Humanitate.

Verza, F. E. (2002). *Introducere în psihopedagogia specială și în asistența socială*. București: Ed. Fundației Humanitas.

Vâgotski, L. S. (1924–1934). *Opere psihologice alese*, antologie (trad. rom.). București: E.D.P., I, 1971.

Vâgotski, L. S. (1934). *Opere psihologice alese. Gândire și limbaj* (trad. rom.). București: E.D.P., II, 1972.

Vlad, E. (1999). *Evaluarea în actul educațional-terapeutic*. București: Ed. Pro Humanitate.

Vlasova, T. A., Pevzner, M. S. (1973). *Despre copiii cu abateri în dezvoltare* (trad. rom.). București: E.D.P., 1975.

Vrabie, D. (1994). *Psihologia elevului față de aprecierea școlară*. Galați: Ed. Porto-Franco.

Vrășmaș, E. (1998). Strategiile educației incluzive. In E. Verza, E. Păun (coord.), *Educația integrată a copiilor cu handicap* (sub egida Asociației RENINCO România și a Reprezentanței speciale a UNICEF în România) (pp. 95-106). Iași: Ed. Multiprint.

Vrășmaș, T., Daunt, P., Mușu, I. (1996). *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale* (sub egida Ministerului Învățământului și a Reprezentanței UNICEF în România). [București]: -.

Wade, B., Moore, M. (1992). *Patterns of Educational Integration: International Perspectives on Mainstreaming Children with Special Educational Needs*. Cambridge: Cambridge University Press.

Weihs, Th. J. (1971). *Copilul cu nevoi speciale* (trad. rom.). Cluj-Napoca: Ed. Triade, 1998.

Wing, L. (1991). The Relationship between Asperger's Syndrome and Kanner's Autism. In U. Frith (ed.), *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 93-121). Cambridge: Cambridge University Press.

Wolfensberger, W. (1984). La valorisation du rôle social: une nouvelle 'conceptualisation' de la normalisation. *Déficiência mentale*, 34(2), 26-30.

Wonacott, M. E. (1982). *Prepare Yourself to Serve Exceptional Students*. American Association for Vocational Instructional Materials. Athens, GA: University of Georgia, L1.

Zazzo, R. (1969). Debilitatea în discuție. In *idem* (coord.), *Debilitățile mintale* (trad. rom.) (pp. 8-39). București: E.D.P., 1979.

Zlate, M. (1996). *Introducere în psihologie* (ed. a II-a, revăzută și adăugită). București: Casa de editură și presă „Șansa”.

Zlate, M. (1999). *Psihologia mecanismelor cognitive*. Iași: Polirom.



***Inspecția școlară și
designul instrucțional***

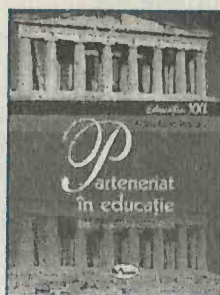
Ioan Jinga

Ion Negreț-Dobridor



Cunoașterea elevului

Maria-Elena Druță



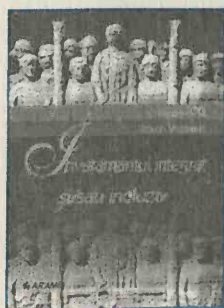
***Parteneriat în educație
familie-școală-comunitate***

Adina Băran-Pescaru



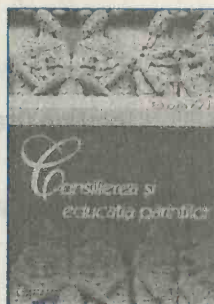
***Manifestări tipice
ale devierilor de
comportament la
elevii preadolescenți
Prevenire și tratament***

Emilia Albu



***Învățământul integrat
și/sau incluziv pentru
copii cu cerințe
educative speciale***

Traian Vrasmas



***Consilierea și
educația părinților***

Ecaterina Adina Vrasmas

Cărțile se găsesc în rețeaua de librării sau se pot comanda
la sediul editurii din B-dul Metalurgiei nr. 32-44

sector 4, cod 041833, București

Tel.: (021)461.08.10; 461.08.14; 461.08.15

Tel. desfacere: 461.08.08; 461.08.12; 461.08.13; 461.08.16

Fax desfacere: 461.08.09; 461.08.19

E-mail: desfacere@edituraaramis.ro

www.edituraaramis.ro

BCU IAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



În cadrul literaturii de specialitate, **BAZELE DEFECTOLOGIEI** se remarcă prin atenția specială acordată etiologiei, simptomatologiei, diagnozei și clasificării dizabilităților, precum și procesului de integrare școlară, profesională și socială a persoanelor cu handicap.

Excelentă sinteză între clasic și contemporan, tratatul de față se adresează nu numai studenților la psihologie și medicină, ci și tuturor celor interesați de problematica handicapului (profesori, educatori, terapeuți, asistenți sociali, părinți etc.). În plus, respectând contribuțiile autohtone prestigioase și citând referințele bibliografice frecvent recomandate pentru examenele de licență și concursurile didactice, lucrarea reprezintă în același timp și o sursă compactă de informații esențiale în domeniul psihopedagogiei speciale.

Rigurozitatea științifică și eleganța stilului sunt două dintre calitățile care îl disting pe autor, acesta reușind să îmbine optim activitatea didactică universitară cu experiența sa de practician.

Prof. univ. dr. CONSTANTIN ENĂCHESCU

